

LOGOPEDICKÁ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Příjmení:		Jméno:	
Rodné číslo:		Pojišťovna:	
Adresa:			
Pediatr:		MŠ/ZŠ:	

RODINNÁ ANAMNÉZA				
MATKA			OTEC	
Jméno:			Jméno:	
Příjmení:			Příjmení:	
Datum narození:			Datum narození:	
Profese:			Profese:	
Telefon:			Telefon:	
Email:			Email:	
Sourozenci, rok narození:				
OSOBNÍ ANAMNÉZA				
Rodina:	úplná	střídavá péče	žije pouze s:	jiné:
Specifika a patologie v rodině:				
Genetika v širší rodině:				
Těhotenství:			Porod:	
Váha:			Délka po porodu:	
Apgar skóre:			Screening sluchu/audiologie:	
Závažná onemocnění do 1. roku:				
Závažná onemocnění po 1. roce:				
Hospitalizace, důvod:				
Operace, úrazy:				
Očkování dle očkovacího kalendáře:	ANO		NE	
Medikace, suspenzarizace (brýle...):				
Alergie, astma, epilepsie:				
V péči:	psychologa	neurologa	foniatra / ORL	fyzioterapeuta
Důvod péče:				
Předchozí / souběžná logopedická péče:	ANO		NE	
Kde, četnost návštěvy:				
Co jste na logopedii probírali/dělali:				

MOTORICKÝ VÝVOJ (uved'te rok a měsíc)				
Přetáčení:			Plazení:	
Lezení:			Sed:	
Chůze s oporou:			Chůze samostatná:	
VÝVOJ ŘEČI (uved'te rok a měsíc)				
První slovo (uved'te jaké):				
První jednoduchá věta:				
Věty rozvité:				

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Bylo Vaše dítě kojeno? Jak dlouho? *ANO (jak dlouho _____) – NE*

V kolika letech přešlo dítě na pevnou stravu? _____

Byl s přechodem nějaký problém? *ANO (Jaký? _____) – NE*

Mělo Vaše dítě dudlíka? *ANO (do kolika let _____) – NE*

Cucalo si Vaše dítě palec? *ANO (do kolika let _____) – NE*

Chrápe Vaše dítě v noci? *ANO – NE*

Dýchá Vaše dítě přes den ústy? *ANO – NE*

Pije Vaše dítě z hrnku? *ANO – NE (z čeho pije _____)*

Adaptace v MŠ, průběh? _____

Jak se dítě chová v kolektivu dětí? *hraje si s nimi – straní se jich – hraje si samo – nehraje si*

Máte pocit, že vaše dítě všemu rozumí (Vám i okolí)? *ANO – NE*

Mluví Vaše dítě ve větách? *ANO – NE*

Dokáže Vaše dítě zpívat písničku? *ANO – NE*

Umí dítě smrkat? *ANO – NE*

Umí dítě foukat? *ANO – NE*

Umí dítě kloktat? *ANO – NE*

Umí dítě vyplivovat vodu z úst? *ANO – NE*

Má Vaše dítě nějaký zlovyk? (cucání palce, okusování nehtů...) _____

Má Vaše dítě rádo prohlížení knížek? *ANO – NE*

Jaký čas denně tráví u televize / tabletu / mobilu? _____

Jaký máte s dítětem rituál před usnutím? _____

Vyplnil: _____

Dne: _____

podpis a razítko poskytovatele péče

podpis klienta (zákonného zástupce)