**ANAMNÉZIS**

**Gyermek neve: ……………………… Születési ideje: ………………………….**

**Lakcím: ……………………………..**

**Anyja neve: ………………………….**

**Telefonszáma: ……………………….. e-mail címe:……………………………**

**Vizsgálat időpontja: . Gyermek életkora: ……………………**

**Testvérek száma:….. kora: …………**

Az anamnézislap kitöltése fontos információkat ad gyermekéről a felmérés előtt.

Kérném figyelmesen és részletesen töltse ki!

**I.Milyen probléma, vagy esetleg tünet miatt kéri a gyermeke felmérését, kérem sorolja fel! …………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**II.**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anya adatai** | **Apa adatai** |
| **Életkor** |  |  |
| **Legmagasabb iskolai végzettség** |  |  |
| **Foglalkozás** |  |  |
| **Kapcsolati státusz** |  | |

*Kérem húzza alá a következőkben a válaszokat!*

**Tervezték - e a gyermeket?** igen nem

**III. Fogantatás körülményei, terhesség lefolyása:**

- normális / anyai betegségek (influenza, lázas állapotok, görcsök),

- zavarok (pajzsmirigy-betegség, cukorbetegség, magas vagy alacsony vérnyomás),

- egyéb tényezők (terhesség alatti vérzések, görcsök, placenta vérellátási

– elöregedési – megtapadási-leválási problémák),

- túl sok/kevés magzatvíz termelődése,

-túl hosszú/rövid köldökzsinór

-ikerterhesség

egyéb:………………………………………

**IV. A születés lefolyása:**

időben/korábban………………………. túlhordta……………………..

**vajúdási idő**……………….

**felsírt**: igen/nem/élesztették

**sárgaság**: igen/nem

-Normál szülés / koraszülés / túlhordás / elhúzódó szülés / rohamos szülés / császármetszés / -fogós műtét- vákum

-oxigénhiányos állapot

- / mechanikus sérülések / csonttörés / koponyarepedés /kamravérzés /

- szülés alatt kapott narkotikumok / elhúzódó adaptáció /

- agyhártyagyulladás / agyvelőgyulladás /

-elhúzódó sárgaság

-tartós gépi lélegeztetés

**Szopás**: jól/lustán

**Súlygyarapodás**: egyenletes/stagnál/visszaesett

**Fektetés:** háton/hason

egyéb:………………………………………………………..

**Születési idő:………. hét Súly:……….gr Hossz:…......cm**

**Apgar érték:……..... (záró jelentésen)**

**V. Milyennek látta gyermekét csecsemő/kisded korban?**

(Alvás, szoptatás, evés, sírás, kiszámíthatóság, megnyugtathatóság, napirend)

**……………………………………………………………………………………**

**Szobatiszta:…………………………………………. ágytiszta:…………………………….**

**Kapcsolata:** apához**………………………..** anyához**……………………..**

**VI. A gyermek fejlődése:**

Mozgás (kb. melyik hónapban történt?)

Fordulás…………

Kúszás ………….. Mászás……………… Felülés/ülés…….

Felállás …………. Kapaszkodva/vezetve járás …….. Önálló járás……….

Jelenlegi mozgásformák: ………………………………………………………………

Ha esetleg gyakran elesik és megüti magát a gyermek kérem jelezze!

**…………………………………………………………………………………………….**

**VII. Beszédfejlődés**

Gőgicsélés ………….... Válaszol ………………….

Szókincs/kommunikáció jelenlegi állapota milyen?:………………………………..

Van beszédhibája gyermekének?.....................................................

Logopédiai kezelést kapott-e? igen/nem

Ha igen, miért és mennyi ideig?

………………………………………………………………………………………….

**VIII. Gyermekének jelenlegi betegségei:**

*Kérem húzza alá!*

Allergia, Tartós fejfájás, szédülés , Asztma ,Eszméletvesztés ,Bőrbetegség ,Vizeletprobléma ,

Székletprobléma, Szemészeti probléma, Fülészeti/hallásprobléma, Beszédzavar, Mozgásprobléma

**Egyéb betegség:**

A családban előfordult-e súlyosabb betegség? (epilepszia, pszichiátriai betegség,

alkoholizmus, drogozás, értelmi fogyatékosság, mozgászavar, beszédzavar, van-e komolyabb

látásprobléma, hallásprobléma, van-e cukorbetegség, tartós bőrelváltozás, más betegség)

Volt-e gyermeke kórházban? ……………………………………………………….

Mikor jártak szemész orvosnál?

**IX .Jelenlegi állapot:**

Mivel szeret gyermeke játszani? ………………………………………….

Mitől fél?.....................................................................................................................................

Hogyan viselkedik idegen szituációban?......................................................................................

Mit gondol a gyermek jelenlegi állapotáról? (önellátás, étkezés, öltözködés, szobatisztaság,

stb.)………………………………………………………………

Milyen az alvása ? ……………………………………………….

Egyedül alszik?.....................................................................................

Ha nem alszik egyedül, annak mi az oka?

…………………………………………………………………………………….

Milyen felmérések voltak eddig gyermekénél? (Mikor? Hol?)

……………………………………………………………………………………….

Milyen fejlesztésekre járt/ jár jelenleg? (típus, gyakoriság)

…………………………………………………………………………………….

Milyen külön órákra jár gyermeke?

……………………………………………………………………………………..

A családban van/volt-e írás-olvasás vagy egyéb tanulási problémákkal küzdő egyén?

…………………………………………………………………………………………..

Van-e balkezes a családban?.................................................................................

Volt akit átszoktattak?....................................................................................

**Iskolás korú gyerekeknél:**

Mely tantárgyak mennek nehezen?.............................................................

Milyen a gyermek iskolai szorgalma és magatartása?...................................

Milyen véleménnyel van a tanító/tanár a gyermek fejlődéséről?..........................

**X. Egyéb, olyan fontos tudnivaló, megjegyzés, amiről nem esett szó, de gyermeke felmérését, terápiáját befolyásolja: ……………………………………………………………………………………………**

**XI. Kérte-e és kapott-e már tanácsot szakembertől gyermekével kapcsolatban?.....................................................................................................**

**A tudomásomra jutott bizalmas információkat meg őrzöm, kizárólagosan csak gyermeke vizsgálatához használom fel!**

**Köszönettel:**

Gálné Lendvai Erika

Óvodapedagógus-TSMT és Komplex Mozgás Terapeuta

**4.**