**Kwestionariusz dziecka**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| PESEL |  |
| Czy dziecko było adoptowane?Jeśli tak, to kiedy i w jakich okolicznościach? |  |
| Kto mieszka z dzieckiem w domu? |  |
| Kto jest jego opiekunem prawnym? |  |
| Kto skierował dziecko do Centrum |  |

1. **Jakie ma Pan/Pani obecnie problemy lub obawy związane z dzieckiem?**
2. **Dane na temat ogólne stanu zdrowia dziecka:**

**hospitalizacje:**

**leki przyjmowane na stałe:**

**ważne z punktu opiekuna informacje o stanie zdrowia dziecka:**

1. **Przebieg nauki:**

|  |  |
| --- | --- |
| Obecna szkoła |  |
| Klasa |  |
| Wychowawca oraz kontakt do wychowawcy |  |

1. **Dane na temat rodziny (proszę podać informacje na temat przyrodniego lub przybranego rodzeństwa):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Matka | Ojciec | Przybrana matka | Przybrany ojciec |
| Imię i nazwisko |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |
| Miejscowość, kod pocztowy |  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |  |  |
| E- mail |  |  |  |  |
| Wykształcenie |  |  |  |  |
| Liczba związków małżeńskich |  |  |  |  |
| Zawód wykonywany |  |  |  |  |
| Dzieci (imiona, wiek) |  |  |  |  |
| Imiona i nazwiska dziadków |  |  |  |  |
| Miejsce zamieszkania dziadków  |  |  |  |  |

1. **Przebyte choroby w rodzinie:**

**Czy u jakiegokolwiek krewnego dziecka** (matki, ojca, brata, siostry, wujka, cioci, dziadka, babci, kuzyna) **występowało lub zostało zdiagnozowane któreś z następujących zaburzeń?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kto z krewnych? | Krótki opis |
| Nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych |  |  |
| Lęk, fobie, obsesje |  |  |
| Autyzm/zespół Aspergera |  |  |
| Problemowe zachowanie/zaburzenie zachowania/zachowanie przestępcze |  |  |
| Konflikty z rodziną lub innymi osobami |  |  |
| Depresja |  |  |
| Zaburzenia uczenia się lub trudności intelektualne |  |  |
| Mania/zaburzenie dwubiegunowe |  |  |
| ADHD |  |  |
| Psychoza/ schizofrenia |  |  |
| Napady drgawkowe/padaczka/urazowe uszkodzenie mózgu |  |  |
| Samobójstwo lub próba samobójcza |  |  |
| Tiki/zespół Tourette’a |  |  |

1. **Czy rodzina przeżywa obecnie stres związany z jakąś sytuacja lub zaburzeniem, np. chorobą, śmiercią, zmianą miejsca pracy, problemami finansowymi, wielokrotnymi przeprowadzkami, utrata pracy? Jeśli tak, proszę to opisać:**
2. **Czy istnieją inne ważne okoliczności, które wpływają na to, jak wychowuje Pan/Pani dziecko? Proszę je opisać:**