

KARTA SKRÓCONEGO WYWIADU LOGOPEDYCZNEGO

Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia

1. Czy dziecko oddycha ustami podczas snu?	TAK	NIE
2. Czy dziecko oddycha ustami podczas spoczynku?	TAK	NIE
3. Czy dziecko chrapie?	TAK	NIE
4. Czy dziecko ma trudności laryngologiczne (trzeci migdał, przerost migdałków podniebiennych, częste infekcje dróg oddechowych, krzywa przegroda nosowa ¹)? Inne:	TAK	NIE
5. Czy dziecko je pokarmy o zróżnicowanej konsystencji?	TAK	NIE
6. Czy dziecko korzysta ze smoczka-uspokajacza lub butelki ze smoczkiem?	TAK	NIE
7. Czy dziecko było/jest karmione piersią?	TAK	NIE
8. Czy dziecko je z otwartymi ustami?	TAK	NIE
9. Czy dziecko miało wykonywaną korektę wędzidełka języka?	TAK	NIE
10. Czy dziecko jest zrozumiałe dla obcych osób?	TAK	NIE
11. Czy dziecko ma prawidłowe napięcie mięśniowe?	TAK	NIE
12. Czy dziecko znajduje się pod opieką specjalistyczną (psychologiczna, fizjoterapeutyczna, laryngologiczna, audiologiczna, ortodontyczna ¹)? Inne:	TAK	NIE
13. Czy dziecko miało wykonywane badanie słuchu? Jeśli tak, to kiedy ostatnio.....	TAK	NIE
13. Czy dziecko korzysta z wysokich technologii (telewizor, tablet, telefon)? Jak często?	TAK	NIE

.....
miejsce, data

.....
podpis rodziców/opiekunów prawnych

¹ Proszę o podkreślenie właściwej odpowiedzi