ANAMNÉZIS FELVÉTELI LAP

Anamnézis felvételi

Személyi adatok

A gyermek neve:

Beceneve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gondviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve:

Születési ideje:

Iskolai végzettsége:

Apja neve:

Születési ideje:

Iskolai végzettsége:

Családi körülmények

A család helyzete: teljes, elvált, nevelőszülők, anya, ill. apa egyedül neveli, nagyszülők nevelik,

egyéb:

A szülő dolgozik, munkanélküli, GYES, GYET, GYED-en van (anya vagy apa), főállású anya,

egyéb:

A gyermekkel együtt élő családtagok:

A gyermek ellátásában rendszeresen segítő személy (nagymama, pótmama):

Hány szobában élnek?

Testvérei között előfordul-e tartós betegség, tanulási nehézség, fogyatékosság? Ha igen, részletezze!

A Családban előfordult-e az alábbi állapotok valamelyike? Epilepszia, mozgászavar, értelmi fogyatékosság, beszédzavar, látásprobléma, hallásprobléma, beszéd(fejlődési) zavar, cukorbetegség, pajzsmirigyzavar. Egyéb:

Kinél? Ha lehet, részletezze:

A terhesség körülményei

Hányszor volt az anya állapotos? Ebből hány gyermek született meg? Mi történt a többi terhességgel?

Várt terhesség – Nem várt terhesség

Problémamentes terhesség – Veszélyeztetett terhesség

Egyéb: ikerterhesség, RH inkompatibilitás, toxémia, alkoholfogyasztás, dohányzás

Terhesség alatt volt-e panasza? (vérzés, görcsök, magas vérnyomás stb.)

Volt-e beteg terhesség alatt? (influenza, rubeola, kanyaró, RTG, besugárzás stb.)

Milyen gyógyszereket szedett a terhesség alatt?

Volt-e a terhesség alatt kórházban? Mikor, hol, milyen panaszok miatt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szülési adatok

Normál szülés – indított – rohamos – elhúzódó – burokrepesztés – császármetszés

Koraszülött – túlhordott Grav. hét:

Fekvése: fej – láb – far

Vajúdás időtartama: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_óra

Előfordult-e az alábbiak közül valamelyik: vákuumos szülés, fogó, kipréselés, köldökzsinór a nyakon, hypoxia, egyéb:

Az újszülött felsírt – nem sírt fel – késve sírt fel – éleszteni kellett – az anya nem tudja

Újszülöttkori adatok

Születési súly: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gr), hossz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm),

fejkörfogat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm), Apgar érték:

Újszülött korában kezelték-e a gyermeket valamilyen probléma miatt? Hol, mennyi ideig, milyen panaszok miatt?

Milyennek látta gyermeke viselkedését csecsemőkorában? (érdeklődő, túl nyugodt, sírós, aluszékony stb.)

Mennyi ideig szopott?

Ha nem szopott, mivel táplálták?

Volt-e etetési nehézsége? Részletezze:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betegségek

Volt vagy van-e a gyermeknek:

allergia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tartós fejfájás, szédülés: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

asztma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emlékezetvesztés: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

epilepszia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lázgörcs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bőrbetegség: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vizeletprobléma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

székletprobléma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mozgásprobléma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

szemészeti vagy látásprobléma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fülészeti vagy hallásprobléma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

baleset: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ agyhártyagyulladás: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

szívbetegség:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

szívfejlődési rendellenesség: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volt-e a gyermek kórházban kezelés, kivizsgálás vagy műtét miatt? Részletezze:

Észrevették-e, hogy a gyermek valamelyik betegsége után a fejlődésben megállt vagy visszaesett?

A gyermek eddigi fejlődése

*(Amennyiben nem tudja pontosan az időpontokat, jelölje X-el!)*

hason fekve emeli a fejét: (hó)

hátáról a hasára fordul: (hó)

kúszik: (hó)

négykézláb mászik: (hó)

kapaszkodva feláll: (hó)

önállóan felül: (hó)

önállóan jár (sokat esik): (hó)

biztosan jár: (hó)

páros lábbal ugrik: (hó)

lépcsőn mellélépéssel jár (kézenfogva v. kapaszkodva): \_\_\_\_\_ (hó)

Megjegyzés:

Tárgyakért nyúl: (hó)

tárgyakat szájba vesz: (hó)

egyik kezéből a másikba áttesz: (hó)

edényből kivesz-betesz: (hó)

kockából tornyot épít: (hó)

ceruzával firkál: (hó)

ollóval vág: (hó)

egyszerű kirakót (puzzle) kirak: (hó)

Megjegyzés:

Önre mosolyog: (hó)

idegenektől fél: (hó)

kukucsjátékot játszik: (hó)

utánoz (tapsol, pápát int): (hó)

babázik (eteti, ringatja): (hó)

egyszerű házimunkában segít: (hó)

gyerekekkel együtt játszik: (hó)

Megjegyzés:

Beszédre figyel: (hó)

elnyújtott hangokat ad: (hó)

gagyog: (hó)

a tiltást érti: (hó)

néhány szót mond (mamán, papán kívül): (hó)

néhány testrészét megmutatja: (hó)

képeskönyvben kérésre képet megmutatja: (hó)

két szót összekapcsol: (hó)

folyamatosan beszél: (hó)

idegenek a beszédnek kb. a felét megértik: (hó)

Megjegyzés:

Szobatiszta nappalra: (hó)

éjszakára: (hó)

cumisüvegből iszik: (hó)

kanállal eszik: (hó)

kézzel eszik: (hó)

rág: (hó)

pohárból önállóan iszik: (hó)

önállóan eszik (maszatosan): (hó)

villát használ: (hó)

Megjegyzés:

Fejlődésével kapcsolatban részesült-e a gyermek fejlesztésben, tanácsadásban? Mikor, hol, mennyi ideig?

Jelen állapotra vonatkozó adatok

Testsúly: (kg)

Testhossz: (cm)

Van-e a gyermek egészségével probléma? Ha igen, részletezze:

Szed-e tartósan gyógyszert? Mit, milyen adagolásban?

Van-e gond a gyermek alvásával?

Van-e gond az étkezéssel? (szokások, diéta)

Hol tart a szobatisztaság terén?

Milyen a gyermek játéka? Mit játszik önállóan, magától?

Van-e rendszeres napirendje? Részletezze:

Oldalisága, kezessége: jobb domináns, bal domináns, váltott

Hallgat-e mesét, rövid történetet? igen nem

Nézi-e a televíziót? igen nem

Naponta kb. mennyit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volt-e olyan családi esemény, amely befolyásolhatta a gyermek magatartását, fejlődését? (pl.: költözködés, válás, családtag elvesztése)

Mitől fél a gyermek?

Hogyan viselkedik a gyermek otthonán kívül? (barátoknál, orvosnál, játszótéren stb.)

Mit lát problémának a gyermek fejlődésében, viselkedésében?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 szülő aláírása felvevő aláírása