**ANAMNÉZIS FELVÉTELI LAP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gyermek neve:** | **TAJ:** | **Oktatási azonosító:** |
| **Születési hely, idő:** |
| **Lakcím:**  |
| **Anya leánykori neve, életkora, iskolai végzettsége:** |
| **Apa neve, életkora, iskolai végzettsége:** |
| **Gondviselő neve, életkora, iskolai végzettsége:** |
|  |
| 1. **Család struktúrája**
 |
| **Szülők:** együtt élneknem élnek együtt |
| **Testvérek neve:** …………………………. | **szül. idő:** ………… | **foglalkozás:** …………… |
|  név:……………………………….. | szül. idő:………… | foglalkozás:……………… |
|  név:………………………………. | szül. idő:………… | foglalkozás:……………… |
|  |
|  |
| **Családszerkezetben történt-e változás? Milyen jellegű?** |
| válás | haláleset | gyakori költözés | egyéb:………… |
|  |  |
| **Gyermekvédelmi gondoskodásban** | részesült………………… | jelenleg részesül……………... |
| **Oka:** ………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| **Kapott-e segítő intézkedést intézményében?** ........... | **jellege:** …………………………………… |
| **Intézményén kívül (hol)?** ............................................. | j**ellege**: …………………………………… |
| **2. Terhesség** |
| **Terhességek száma:** ………………………………. | **Születések száma**:………………………...... |
| **Fenti gyermek hányadik terhességből született?** ........................................................................ |
|  |
| **A várandósság ideje alatt volt-e orvosi gondozást igénylő betegsége**? igen nem |
| magas vérnyomás | depresszió | epilepszia |
| cukorbetegség | fertőző betegség | egyéb: …………………. |
| **A várandósság ideje alatt érte önt pszichés trauma?** igen nem |
| válás | haláleset | munkanélküliség |
| gyakori lakóhelyváltások | egyéb: …………………………………………………………… |
|  |
| **A várandósság ideje alatt érte önt bármilyen fizikai károsító hatás?** igen nem |
| ütés | baleset | esések |
| egyéb: ……………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| **A várandósság ideje alatt érte önt kémiai károsító hatás?** igen nem |
| rendszeres alkoholfogyasztás | intenzív dohányzás | kábítószerek |
| orvos által nem felügyelt gyógyszerek | sugárhatás | egyéb: …………………… |
| **3. Szülés körüli történések** |
| **Gestatios hetek:** ………...**Szülés körülményei:** | spontán szülés | indított szülés | császár |
| fejvégű | farfekvéses | rátekeredett köldökzsinór | egyéb: ……………….. |
| **Beavatkozás szülés közben**: ……………………………………………………………………………………… |
| **Születési súly**: ……… …gramm | ……………….cm | **Apgar érték**: ………/…………. |
| **Az ön gyermeke születésekor mely megállapítások voltak jellemzőek?** |
| fájásgyengeség | elhúzódó (12 óránál hosszabb vajúdás) | rohamos szülés |
| az újszülött nem sírt fel azonnal | az újszülött azonnal felsírt | az újszülöttet éleszteni kellett |
| oxigénhiány | átmeneti légzéselégtelenség | inkubátoros ellátás |
| szopási nehézség | súlygyarapodási problémák | az izomzat átmeneti hypotóniája |
|  |
| **Mennyi ideig volt újszülött osztályon?** ..................................................................................................... |
| **Volt-e eközben valamilyen beavatkozás?** ................................................................................................ |
| **4. A gyermek mozgásfejlődése** |
| **oldalra** **fordul:** ………………….. | **hasra** **fordul:** …………………… | **ül:**……………………………….…. |
| **kúszik:**  …………………………… | **mászik:**  ………………………… | **feláll:** ……………………..………. |
| **jár:**  ……………………………….. | **eltérés:** ………………………… | **kezesség:** ………………………… |
| **Ha balkezes volt, történt-e kísérlet az átállításra?** ……………………………………………………………. |
| **5. A gyermek beszédfejlődése** |
| **Mikor kezdett gagyogni?** ………………………………………………………………………………………… |
| **Az első szavakat mikor mondta?** ………………………………………………………………………………. |
| **Mikor beszélt mondatokban?** …………………………………………………………………………………… |
| **Mikor beszélt folyamatosan?** …………………………………………………………………………………… |
| **Volt-e / Jelenleg van-e beszédhibája?** …………………………………………………………………………. |
| **A hozzá intézett beszéd értése megfelelő-e?**………………………………………………………….............**Anyanyelvén kívül találkozott-e más nyelvvel** (nem iskolai tanulmányai során)?..................................... |
| **Fogváltás megtörtént-e?** igen folyamatban nem | fogak állapota: ………………….. |
| **6. Szokások, önellátás** |
| **Szobatisztaság:** nappalra: ……………….. | éjjelre: ……………………… | véglegesen: ……………… |
| **Szobatisztasággal kapcsolatos problémák:** …………………………………………………………………… |
| **A gyermek alvási szokásai:** ……………………………………………………………………………………… |
| **Étvágya:** ……………………………………………………………………………………………………………. |
| **Napirendje:** …………………………………………………………………………………………………………. |
| **Önállóság** (öltözködés, WC használat, tisztálkodás stb.): …………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Bölcsődés:** …………………………………………… | **Mennyi ideig?** ……………………………… |
| **Óvodába kerülés időpontja:** ………………………. | **Beszoktatás:** ………………………………… |
| **Jelenlegi csoportja:** ………/ …….. évben: …………………………………….. |
| **Óvodaváltás:** ………………………………………… | **Oka:** …………………………………………… |
| **Iskolába kerülés időpontja:** ……..évesen |  **Osztályismétlés** igen / nem, **oka**: …………………. |
| **Jelenlegi intézménye:** ................................................ **Osztályfoka:** …….......**Játéktevékenysége:**…………………………………………………………………………………………………**Szabadidős tevékenysége**:…………………………………………………………………………………………**Érdeklődési köre**:………………………………………………………………………………………………….... |
| **Szociabilitás:** |
| **7. A gyermek betegségei** |
| **Mely betegségek jelentkeztek gyermekénél?** |
| sugár-hányás | lázgörcs  | eszméletvesztés |
| felső légúti megbetegedések | asztmatikus köhögés | asztma |
| **Fertőző betegségek:** ……………………………………………………………………………………………….. |
| **Baleset, műtét:** ……………………………………………………………………………………………………… |
| **Kórházban volt-e?** igen nem |
| Oka:………………………………. | Időtartama:…………………… | Anya vele volt-e?......................... |
|  |
| **Érzékszervi eltérés:** ………………………………………………………………………………………………… |
| **Van-e krónikus betegsége?** ………………………………………………………………………………………. |
| **Szed-e rendszeresen gyógyszert?** ……………………………………………………………………………… |
| **Kezelik-e (pszichés/fizikai nehézség miatt) bármilyen intézményben?** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Részesült-e / részesül-e fejlesztésben** (korai, logopédia, btm, SNI stb.)**?** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Jelen állapot: testsúly:** …………………….kg **testmagasság:** ……………….cm |
| **8. Az alábbiak közül előfordul/előfordult-e bármelyik a családban?****TBC: ………………………………. Alkohol: ……………………… Cukorbetegség: …………****Pszichiátriai betegség:……………………………….……………… Epilepszia: ………………****Genetikai v. anyagcsere probléma: …………………………………………………………………………..****Testi-szellemi fogyatékosság: …………………………………………………………………………………****Beszédzavar: dadogás: …… hadarás …....... pöszeség .………… beszédfejlődés késése……………****egyéb beszédzavar……………………………………………………………………………………………** **Olvasás, írás, számolás elsajátításának nehézségei: …………………………………………………………****Diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, komplex tanulási zavar……………………………………………………****Magatartászavar: ……………………………………………………………………………………………………****Hiperaktivitás, figyelemzavar/ADHD:……………………………………………………………………………****Autizmus:……………………………………………………………………………………………………………….****Egyéb sajátos nevelési igény:………………………………………………………………………………………** |
|  |
| **Egyéb**: ………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Az anamnézist felvette: ………………..………………….Szülő aláírása: ……………………………………..Dátum:…………………………………………… |