**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:…………………………………………… |