

KARTA WYWIADU

1. Nazwisko i imię Dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Dziecko z ciąży....., urodzone siłami natury/ cięciem cesarskim, wtygodniu , zp. Appgar.
5. Choroby zakaźne podczas ciąży Tak/ Nie, (jakie)
6. Masa urodzeniowa Dziecka/ długość
7. Rodzina (podkreślić właściwe): – pełna – niepełna (uregulowania prawne w sprawie opieki nad Dzieckiem)
.....
8. Czy Dziecko rozumie co się do niego mówi?
 - czy wymawia pojedyncze słowa?
 - czy próbuje mówić zdaniami?
9. Czy Dziecko miewa jakieś dolegliwości? (niespokojny sen, brak apetytu, ulewanie, wymioty, problemy z wypróżnianiem, katar alergiczny itp.)
.....
10. Czy u Dziecka występują trudności w zasypianiu? (opisać jakie)
.....
11. Czy Dziecko śpi w ciągu dnia?.....
 - Jak długo sypia?
 - W jakich godzinach?
 - I śniadanie..... – II śniadanie..... – obiad..... – podwieczorek.....
12. Czy Dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?
13. Czy Dziecko ma jakieś przyzwyczajenia? (smoczek, ssanie palca, kołysanie do snu, pieluszka do spania, itp.)
14. Czy Dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (nazwa poradni i przyczyna opieki specjalistycznej).....
.....
15. Czy Dziecko jest szczepione wg kalendarza szczepień?
 - jeżeli nie, podać przyczynę
 - szczepienia zalecane (podać jakie)
16. Dieta

17. Uwagi Rodziców/Opiekunów prawnych dotyczące opieki nad Dzieckiem

.....

.....

.....

.....

(podpis Rodzica/Opiekuna)