



LOGOPEDSKI CENTAR

Udbinska 16, Zagreb
T: 3094 783, 3017 009
E-mail: logopedski-centar@zg.htnet.hr

.....

Ime djeteta _____						
Datum rođenja _____		Dob _____		Spol _____		
Adresa _____		Grad _____		Pošanski broj _____		
Kontakt br. _____		Kontakt e-mail: _____				
Podatke daje: _____			Odnos s djetetom _____			
Škola/Vrtić koji dijete pohađa, adresa: _____						
Pregled je preporučio (doktor, učitelj, odgajatelj, prijatelj): _____						
Što vas najviše brine u vezi govora/jezika vašeg djeteta? _____						
Kada su teškoće počele? _____						
Tko je uočio teškoće? _____						
Da li ste prije bili na pregledu kod logopeda/psihologa/audiologa? Ukoliko jeste kada i što je ustanovljeno? _____						
Navedite pitanja na koja biste voljeli dobiti odgovor nakon pregleda: _____						
Koji je primarni oblik komunikacije vašeg djeteta? _____						
OBITELJSKI STATUS						
Cjelovita obitelj _____	Necjelovita obitelj _____	Udovac/udovica _____	Nikad vjenčani _____	Ostalo _____		
Da li dijete posjećuje roditelja koji ne živi u obitelji? _____						
Ako da, s kim i koliko često. Kako se dijete ponaša nakon posjeta? _____						
Ime oca: _____		Dob _____		Zanimanje: _____		
Zaokružite: Biološki otac Adoptivni otac Očuh Udomitelj						
Očevo obrazovanje: _____						
Trenutni zdravstveni status (zaokružite): Dobar Srednji Loš						
Da li je otac imao:	Teškoće učenja	Govorne teškoće	Poremećaj ponašanja	Zdravstvene teškoće	Emocionalne teškoće	Zloupotreba droge/alkohola

Ime majke: _____		Dob _____		Zanimanje: _____		
Zaokružite: Biološka majka Adoptivna majka Pomajka Udomitelj						
Obrazovanje majke: _____						
Trenutni zdravstveni status (zaokružite): Dobar Srednji Loš						
Da li je majka imala:	Teškoće učenja	Govorne teškoće	Poremećaj ponašanja	Zdravstvene teškoće	Emocionalne teškoće	Zloupotreba droge/alkohola
Jezici kojim se govori kod kuće su: _____						
NAVEDITE OSTALE UKUĆANE KOJI ŽIVE S VAMA						

.....

.....

Ime	Dob	Spol	Odnos sa djetetom	Poremećaj učenja/ponašanja/ govora-jezika
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

OBITELJSKA ANAMNEZA

Da li itko u vašoj bližoj ili daljoj obitelji ima sljedeću dijagnozu, ako da, tko?

Prošlo/trenutno stanje	Brat/ sestra	Majka	Otac	Obitelj s majčine strane	Obitelj s očeve strane
Down sindrom					
Mentalna retardacija					
Kašnjenje u razvoju					
Teškoće učenja					
Govorno – jezični poremećaj (koji)					
ADHD simptome/ dijagnozu					
Antisocijalno ponašanje					
Psihoza					
Bipolarni poremećaj					
Fobije					
Anksioznost					
Tikovi					
Epilepsija					

Prošlo/trenutno stanje	Brat/ sestra	Majka	Otac	Obitelj s majčine strane	Obitelj s očeve strane
Drugi medicinski problemi					
Drugi psihološki problemi					
Ovisnost (kakva?)					
Poremećaj pažnje/koncentracije					
Teškoće učenja					
Teškoće čitanja/pisanja					
TRUDNOĆA					
Dijete je rođeno iz koje trudnoće? _____ Od: _____					

.....

.....

Dob majke _____ Dob oca: _____		Koja je trudnoća po redu? _____	
Duljina trajanja trudnoće _____		Fetalna aktivnost: _____	
Pretrage u trudnoći (zaokružite)		Ultrazvuk	Amniocenteza
Drugo (navedite) _____			
Komplikacije u trudnoći: _____			
Bolesti majke u trudnoći: _____			
Lijekovi u trudnoći: _____			
Alkohol/cigarete u trudnoći, ukoliko da koliko? _____			
Traume u trudnoći: _____			
POROD			
Duljina proda: _____		Nakon kojeg tjedna: _____	Dijete rođeno u _____
Zaokružite:	Vaginalni porod	Porod carskim rezom	Porod induciran dripom
			Porod vakum ekstraktorom
Zaokružite:	Abnormalan položaj fetusa	Porod na zadak	Pupčana vrpca oko vrata
			Cijanoza ili asfiksija djeteta
Zaoružite:	Potreban kisik	Inkubator (koliko dugo?) _____	
Porodajna težina: _____	Porodajna dužina: _____	APGAR: _____	
Otpušteni nakon _____ dana iz bolnice	Novorođenačka žutica	Da	Ne
Da li su majka i dijete zajedno otpušteni iz rodilišta, ukoliko ne iz kojeg razloga? _____			
ZDRAVSTVENI STATUS DJETETA			

	NIKADA	PREBOLJELO (navedite dob i da li je dijete bilo hospitalizirano)	TRENUTNO PRISUTNO
Astma			
Alergije			
Dijabetes, artritis ili slična kronična bolest			
Epilepsija			
Meningitis			
Febrilne konvulzije			
Vodene kozice ili slična dječja bolest			
Problemi sa srcem ili tlakom			
Visoka temperatura (iznad 39° C)			
Slomljena kost (koja)			
Teže posjekotine koje su zahtijevale šivanje			
Ozljeda glave s gubitkom svijesti			
Trovanje olovom			
Operacije (navedite)			
Duže hospitalizacije (navedite)			
Govorno – jezične teškoće			

.....

.....

Kronične upale uha
Oštećenje sluha
Oštećenje vida
Problemi fine motorike/rukopisa
Problemi grube motorike/nespretnost
Problemi s apetitom (pothranjenost ili pretilost)
Problemi sa snom
Problemi s mokrenjem
Druge zdravstvene teškoće (navedite koje)
NAVEDITE DOB KADA JE VAŠE DIJETE:
Reklo prvu riječ: _____ Slijedilo jednosložnu uputu: _____ Samostalno sjedilo: _____
Reklo prvu rečenicu: _____ Prohodalo: _____ Kontrola sfinktera: _____
Procijenite veličinu rječnika vašeg djeteta: Nema niti jednu riječ do 25 riječi Od 25 do 100 riječi Više od 100 riječi
Da li vaše dijete (zaokružite da/ne) :
Da Ne Reagira na svoje ime Da Ne Ima čest očni kontakt

Da Ne Oponaša radnje, glasove, riječi	Da Ne Igra se s igračkama
Da Ne Ponavlja riječi ili fraze	Da Ne Igra se s drugom djecom
Da Ne Ima neuobičajen ton ili visinu glasa	Da Ne Jede hranu prikladnu dobi
Na koji način vaše dijete komunicira (zaokružite):	Glasovima Dijelovima riječi
Gestom Jednom riječi Frazama od 2 do 3 riječi Cijelim rečenicama	
Zaokružite područje za koje smatrate da vaše dijete ima teškoća	
Da Ne Imenovanje predmeta ili slika	Da Ne Mucanje
Da Ne Korištenje pravilne gramatike	Da Ne Pronalaženje ispravne riječi u rečenici
Da Ne Ostajanje na temi razgovora	Da Ne Slijeđenje jednostavnih uputa
Da Ne Slijeđenje složenih uputa	Da Ne Ispravan izgovor glasova
NEDAVNE PROMJENE U NAČINU ŽIVOTA/PSIHOLOŠKI FAKTORI STRESA	
Da li su se u vašem načinu života dogodile nedavne promjene kao što je:	
Trudnoća	Da Ne
Novorođeni brat/sestra	Da Ne
Brak	Da Ne
Bračne razmirice	Da Ne
Razvod/razlaz roditelja	Da Ne
Medicinski problemi	Da Ne
Psijatrijski problemi	Da Ne
Smrt rođaka/prijatelja	Da Ne
Promjena mjesta stanovanja	Da Ne
Promjena rasporeda posla	Da Ne
Prestanak rada roditelja/otkaz	Da Ne
Ozbiljne financijske teškoće	Da Ne
Drugo	Da Ne
PONAŠANJE DJETETA	

.....

.....

Preferirana ruka:	Lijeva	Desna	Koristi obje ruke podjednako
Zaokružite da/ne ukoliko dijete ima koji od navedenih oblika ponašanja			
Da li vaše dijete uspijeva slijediti upute?			Da Ne
Da li vaše dijete uspijeva ponoviti riječi ili fraze za nekim?			Da Ne
Da li vaše dijete sluša druge dok govore?			Da Ne
Da li vaše dijete uspijeva prepričati priču?			Da Ne
Da li vaše dijete uspijeva prepričati niz događaja prikladnim redom?			Da Ne
Da li vaše dijete razumije značenje riječi?			Da Ne
Da li vaše dijete izražava različitost ideja koristeći pritom širok i raznolik rječnik?			Da Ne

Da li vaše dijete dok govori koristi pravilnu gramatiku ili redosljed riječi?			Da Ne
Da li vaše dijete postavlja razumljiva pitanja?			Da Ne
Da li vaše dijete može povezati prošlo vrijeme?			Da Ne
Da li vaše dijete često ispravlja ono što je reklo?			Da Ne
Da li vaše dijete ima teškoće u pronalaženju ispravne riječi kako bi se izrazilo?			Da Ne
Da li vaše dijete rijetko govori ili ga se na govor mora poticati?			Da Ne
Da li je govor vašeg djeteta teže razumljiv zbog grešaka koje radi?			Da Ne
Da li vaše dijete ima loš očni kontakt?			Da Ne
Da li vaše dijete ima neki fizički problem koji vi smatrate da je uzrok teškoćama?			Da Ne
Da li vaše dijete ima više teškoća u čitanju i pisanju nego na drugim područjima?			Da Ne
Da li vaše dijete često zamijeni slogove ili glasove u riječi (plocopak umjesto poklopac isl.)?			Da Ne
Da li vaše dijete često ne pokazuje dovoljno pažnje detaljima?			Da Ne
Da li vaše dijete pokazuje teškoće u održavanju pažnje na zadacima ili igri?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ne obraća pozornost kad mu govorite?			Da Ne
Da li vaše dijete ima teškoće organizacije zadataka i aktivnosti?			Da Ne
Da li vašem djetetu vanjski faktori lako odvlače pažnju?			Da Ne
Da li vaše dijete često napušta mjesto u razredu i ima teškoće ostajanja na jednom mjestu?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ne sluša kad mu se izravno obraćate?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ima problema u pažljivom slušanju ili čitanju?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete "odleti" usred konverzacije?			Da Ne
Da li vam se čini da je koncentracija vašeg djeteta kratka?			Da Ne
Da li vam se čini da je vaše dijete lako ometano od okoline?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ima problema u organizaciji?			Da Ne
Da li vam se čini da se vaše dijete vrlo brzo počne dosađivati?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete često tresu rukama ili nogama ili se vrpolti na stolici?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ne može dugo mirno sjediti na jednom mjestu?			Da Ne
Da li vam se čini da je vaše dijete često u "pogonu" ili kao da ga "pokreće motor"?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete često "istrčava" s odgovorima prije nego što je dovršeno pitanje?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete preskače stranice kod čitanja ili ide na kraj knjige?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ima problem čekanja na red?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ima nepromišljene reakcije?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete gleda kako rade druga djeca prije negoli što pokuša samo?			Da Ne
Da li vam se čini da vaše dijete ne može izraziti misli na logičan i razumljiv način?			Da Ne
Da li vam se čini da je vaše dijete nespretno? (npr. vezanje cipela, preskakanje kozlića, kod igranja s loptom, sa stvarima...)			Da Ne

.....

.....

Da li vam se čini da vaše dijete ima nisko samopouzdanje?	Da	Ne
Da li vaše dijete ima problema u sklapanju ili održavanju prijateljstava?	Da	Ne

PITANJA ZA ŠKOLSKO DIJETE

Da li morate često ponavljati upute svome djetetu?	Da	Ne
Da li vaše dijete ima teškoće kako slijediti upute?	Da	Ne
Da li vaše dijete troši više vremena na domaću zadaću nego što je prikladno?	Da	Ne
Da li je vašem djetetu potrebna velika pomoć oko domaće zadaće?	Da	Ne
Da li vaše dijete ima više teškoća u čitanju i pisanju nego u drugim područjima?	Da	Ne
Da li ocjene vašeg djeteta iz čitanja i pisanja djeluju niske naspram njegove sposobnosti razumijevanja i razmišljanja?	Da	Ne
Da li čitate vašem djetetu?	Da	Ne
Da li vaše dijete oklijeva kada mora čitati vama?	Da	Ne
Da li vaše dijete uživa kada mu se čita?	Da	Ne
Da li vaše dijete voli odlaziti u školu?	Da	Ne
Da li vaše dijete pokazuje ikakve simptome kao što su trbobođe pred odlazak u školu?	Da	Ne
Da li smatrate da je čitanje vašem djetetu slabost?	Da	Ne
Da li smatrate da je pisanje vašem djetetu slabost?	Da	Ne
Da li smatrate da je matematika vašem djetetu slabost?	Da	Ne
Da li učitelji imaju razumijevanja za teškoće vašeg djeteta?	Da	Ne
Da li vaše dijete ima bolje ocjene iz usmenog nego iz pismenog odgovora?	Da	Ne
Kako učiteljica opisuje vaše dijete(zaokružite)?	Ima loše radne navike	Ne sluša
Ne obraća pozornost	Lijeno je	Nije discipliniran
U _____, dana _____		
Potpis osobe koja ispunjava upitnik		

.....