

Špecializované logopedické centrum, Staničná 10, Harichovce 053 01

Žiadosť o požadované vyšetrenie označte:

LOGOPEDICKÉ

PSYCHOLOGICKÉ

ŠPECIÁLNO – PEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE DIEŤAŤA

Požadované vyšetrenie označte

I. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

II. ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI

Meno a priezvisko:

Vzťah k dieťaťu: ☐ matka ☐ otec ☐ iný:

Telefón:

E-mail:

III. DÔVOD ŽIADOSTI

Čo Vás priviedlo na logopedické vyšetrenie?

- ☐ dieťa nevyslovuje správne niektoré hlásky ☐ dieťa rozpráva málo
☐ dieťa rozpráva nezrozumiteľne ☐ oneskorený vývin reči
☐ zajakavosť ☐ porucha hlasu ☐ problémy s porozumením reči ☐ problémy v čítaní
☐ problémy v písaní ☐ podozrenie na vývinovú jazykovú poruchu
☐ iné:

IV. ODPORUČIL VYŠETRENIE

- ☐ pediater
☐ materská škola ☐ základná škola ☐ stredná škola
☐ psychológ
☐ špeciálny pedagóg ☐ ORL lekár ☐ rodič z vlastnej iniciatívy

☐ iné:

V. ZDRAVOTNÁ ANAMNÉZA

Tehotenstvo

☐ bez komplikácií ☐ rizikové

Komplikácie:

Pôrod

☐ v termíne ☐ predčasný ☐ po termíne

Pôrodná hmotnosť: g Pôrodná dĺžka: cm Apgar skóre:

Bolo dieťa po pôrode hospitalizované? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte dôvod:

VI. VÝVIN DIEŤAŤA

Dieťa začalo:

sedieť približne v mesiaci štvornožkovať v mesiaci chodiť v mesiaci

prvé slová povedalo približne vo veku prvé vety začalo tvoriť približne vo veku

VII. ZDRAVOTNÝ STAV

Má dieťa alebo malo:

☐ časté zápaly stredného ucha ☐ poruchu sluchu ☐ poruchu zraku ☐ neurologické ochorenie

☐ epilepsiu ☐ genetické ochorenie ☐ autizmus ☐ ADHD ☐ vývinovú jazykovú poruchu

☐ mentálne postihnutie ☐ iné:

Užíva pravidelne lieky? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, aké?

VIII. SLUCH A ZRAK

Absolvovalo dieťa vyšetrenie sluchu?

☐ áno ☐ nie

Výsledok:

Nosí okuliare?

☐ áno ☐ nie

IX. RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyskytli sa v rodine: ☐ oneskorený vývin reči ☐ dyslexia ☐ dysgrafia ☐ dysortografia

☐ zajakavosť ☐ porucha sluchu ☐ autizmus ☐ ADHD ☐ iné:

X. VZDELÁVANIE

Dieťa navštevuje:

☐ materskú školu ☐ základnú školu ☐ strednú školu ☐ iné

Názov školy:

Ročník:

Má dieťa podporné opatrenia? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, aké?

XI. DOPOSIAL ABSOLVOVANÉ ODBORNÉ VYŠETRENIA / Prosíme priložiť dostupné odborné správy./

☐ klinický logopéd ☐ psychológ ☐ špeciálny pedagóg ☐ neurológ

☐ ORL ☐ foniater ☐ pedopsychiater ☐ iné:

XII. OČAKÁVANIA RODIČA

Čo by ste chceli logopedickým, psych., špec. – ped. vyšetrením zistiť alebo dosiahnuť?

XIII. SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Beriem na vedomie, že poskytnuté údaje budú spracúvané výlučne na účely diagnostiky, poradenstva a poskytovania odbornej starostlivosti v súlade s platnými právnymi predpismi o ochrane osobných údajov.

Súhlasím s vykonaním vyšetrenia môjho dieťaťa.

Miesto:

Dátum:

Podpis zákonného zástupcu: _____

Vyplní odborný zamestnanec centra

Dátum prijatia žiadosti:

Evidenčné číslo:

Termín vyšetrenia:

Pridelený odborný zamestnanec: