

Niniejszy wniosek można pobrać na stronie internetowej. Wydrukować formularz i wypełnić go tradycyjnie.

Prosimy o wysłanie wniosku na email: p.gorny@otwarte-drzwi.pl. W tytule maila podając swoje nazwisko (**to bardzo ważne**). Najpóźniej na dzień przed terminem spotkania.

Wybierając formę tradycyjną prosimy o przyniesienie wypełnionego wniosku na spotkanie w Poradni.

Pola oznaczone gwiazdką* oznaczają pola wymagane. Bardzo prosimy o ich prawidłowe wypełnienie. Pozostałe informacje nie są wymagane, jednak mogą być pomocne w diagnozie i planowaniu terapii. Niniejszy wniosek stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta.

Data wypełnienia wniosku*:	Osoba wypełniająca wniosek*:	Powód zgłoszenia*: <input type="checkbox"/> Konsultacja psychologiczna <input type="checkbox"/> Psychoterapia <input type="checkbox"/> Integracja Sensoryczna <input type="checkbox"/> Wczesne wspomaganie Rozwoju Dziecka <input type="checkbox"/> Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Diagnoza SI	E-mail kontaktowy*:
Forma płatności: przelew / gotówka. Czy potrzebują państwo faktury: Tak / Nie Proszę podać dokładne dane osoby lub instytucji*:			Telefon kontaktowy*:

1. Dane osobowe

W tej sekcji zbieramy podstawowe dane o pacjencie i jego najbliższej rodzinie. Pola oznaczone gwiazdką* są niezbędne do prawidłowego sporządzenia dokumentacji pacjenta, w tym do wystawienia np. zaświadczeń lekarskich.

a.1. Imię i nazwisko pacjenta*:		a.2. Data urodzenia i miejsce urodzenia*:		a.3. PESEL*:	
a.4. Adres zamieszkania*:		b.1. Imię matki/opiekunki prawnej*:		c.1. Imię ojca/opiekuna prawnego*:	
		b.2. Wiek:		c.2. Wiek:	
		b.3. Wykształcenie/zawód:		c.3. Wykształcenie/zawód:	
d.1. Rodzeństwo (imię, wiek)*:		d.2. inne osoby zamieszkujące wspólne gospodarstwo domowe:		e. struktura rodziny: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> rodzic sam wychowuje dziecko <input type="checkbox"/> pacjent mieszka sam	
f. warunki mieszkaniowe: <input type="checkbox"/> blok mieszkalny <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> inne		g. 1. Kiedy pojawiły się pierwsze wątpliwości co do rozwoju pacjenta? Czego one dotyczyły?		g. 2. Czy ze względu na niepełnosprawność dziecka otrzymuje Pan/i zasiłek świadczenia socjalne? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
f.1. pacjent posiada własny pokój: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie					
h. Jakie dziecko ma obecnie trudności?			i. Jakie są oczekiwania rodziców?		

2.1. Dotychczasowa diagnostyka

Ta część wniosku uwzględnia informacje dotyczące wcześniejszych diagnoz i oddziaływań medycznych oraz terapeutycznych, szczególnie zależy nam na informacjach o diagnozach w kierunku całościowych zaburzeń rozwoju. Część pytań stanowi pytania otwarte, na część z nich proszę odpowiedzieć poprzez zaznaczenie odpowiednich pól (można zaznaczyć więcej niż jedno).

a. Czy ktoś postawił wcześniej diagnozę? Jeśli tak, to kto i kiedy oraz jaka to była diagnoza:

b.1. Czy pacjent miał badany słuch?

b.2. Czy pacjent miał badany wzrok?

c. Inna dotychczas przeprowadzona diagnostyka medyczna (proszę zaznaczyć właściwe): endokrynologiczna psychiatryczna
 neurologiczna genetyczna metaboliczna gastroenterologiczna inna (proszę wpisać jaka):

2.2. Doświadczenia edukacyjno-terapeutyczne

a. Czy pacjent wcześniej korzystał z terapii psychologiczno-pedagogicznej lub innej formy rehabilitacji? Jeśli tak, to proszę krótko napisać jaka to była terapia i w jakim okresie pacjent z niej korzystał:

b. Czy pacjent obecnie korzysta z terapii psychologiczno-pedagogicznej (np. terapia behawioralna) lub innej formy rehabilitacji (np. SI, rehabilitacja ruchowa)? Jeśli tak to proszę wpisać o jaką terapię chodzi, od kiedy jest prowadzona i jaki jest jej wymiar czasowy:

c.1. Czy pacjent uczęszcza do placówki oświatowej? Jeśli tak, proszę zaznaczyć jakiej:

żłobek przedszkole szkoła podstawowa szkoła średnia inna placówka (proszę wpisać jaka): nie dotyczy

c.2. Proszę krótko opisać jak pacjent funkcjonuje w placówce, jakie są opinie nauczycieli/opiekunów na jego temat:

3. Informacje dotyczące dalszych etapów diagnozy

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Przypominamy o prawidłowym dostarczeniu go do Poradni (e-mailem na p.gorny@otwarte-drzwi.pl w tytule maila nazwisko; lub pamiętać o przyniesieniu wydruku na wywiad).

Wszelką dokumentację pacjenta, nagrania wideo, dokumentację medyczną, opinie i diagnozy z poradni, informacje ze szkoły/przedszkola, opinie na temat funkcjonowania dziecka prosimy przynieść ze sobą na spotkanie.

Podczas wywiadu będziemy rozmawiać m. in. o wczesnych etapach rozwoju pacjenta, o jego funkcjonowaniu komunikacyjnym i społecznym. Warto wrócić pamięcią do poprzednich lat życia pacjenta i jego rodziny.

4. Klauzula dotycząca danych osobowych

"Zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji usług diagnostycznych i terapeutycznych w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Otwarte Drzwi” prowadzonej przez Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „Otwarte Drzwi” w Poznaniu.

Podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego*: _____