|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GYEREK NEVE:  |  | Születési dátum:  |  | Kora (betöltött): |  |
| Szülő neve: | E-mail címe: | Tel.:  |
| Cím: |  |
| Kitöltés | dátuma:  | Kezesség:  |  | Jobb – Bal - Kétkezes |  |
| A LEAP kezelés **elsődleges cél**ja:  |  |
| Hogy talált rám, ill. erre a lehetőségre? |  |

Az alábbi kérdések fontos háttér információk a gyermek problémáinak felmérése szempontjából. A születés előtti, alatti és utáni tényezők gyakran befolyásolják a gyermek nehézségeit. Kérjük, töltse ki az alábbi kérdőívet, és jelölje be a gyermekének fejlődésével kapcsolatos pontokat! Amennyiben az egyes pontokhoz szeretne kiegészítést fűzni, kérjük, pontosan és röviden írja le azt!

**1.** Kérjük, röviden írja le, hogy az Ön gyermekére vonatkoznak- e az alábbi pontok! Adott esetben kérjük, jelölje azt is, ha valami nem szerepel az alábbi felsorolásban! A **születés előtti időszak**ra vonatkoznak a kérdések, **a magzat valamint az anya terhesség alatt fellépő problémái** fontosak elsősorban.

Tervezett terhesség volt?

**Anya (váran dósság alatt)**

Bármilyen betegsége és annak leírása:

Vírusok és annak leírása:

Vérmérgezés és annak leírása:

Balesetek, elesés, stb. és annak leírása:

Mindenféle orvosi kezelés a terhesség alatt illetve a szülés után, annak következményeképpen:

Szedett gyógyszerek (orvos által felírt, vagy egyéb) leírása:

Egyéb, és annak leírása:

**2. A gyermek születése**

Mennyi ideig tartottak a fájások?

Kapott - e gyógyszert a fájások alatt?

Volt - e nehézség a születési folyamat közben? (Például: köldökzsinór a nyaka körül, farfekvés, halvaszületés veszélye, veszélyeztetett szülés, fogós szülés, stb.):

Oxigénhiányos állapot „elkékülés” vagy köldökzsinór a nyaka körül?

Traumatikus helyzetek szülés közben?

Császármetszés?

Komplikációk?

Túl gyors születés?

Fogó használata volt-e? Ha igen, tudja-e, hogy „magas fogó”, „középső fogó” vagy „mély fogó” volt-e? (A fejen látható sérülés vagy a fogó helye közvetlenül a születés után jelzi a fogó típusát: magas = a fül fölött, középső = a fül magasságában, mély = a fül alatt)

Koraszülés volt -e?

Mennyi időre született?

Születési súly:

Volt a gyermek távol Öntől mielőtt visszahozták volna? Ha igen, mennyi ideig?

Volt-e tartós távollét (például koraszülés miatt)?

Volt a gyermek inkubátorban? Ha igen, miért és mennyi ideig?

Bármilyen más komplikáció szülés közben vagy közvetlenül utána?

Orvosi beavatkozásra szükség volt - e?

Egyéb problémák?

**3. Kisgyermekkor:**

Volt gyermeke valamiért hosszabb ideig távol az édesanyjától (pl. akár anya, akár a gyermek kórházba kerülése miatt, vagy egyéb okból.) Kérjük, írja le röviden!

Volt gyermekének komolyabb gyermekbetegsége, operációja vagy egyéb orvosi problémája? Kérjük, írja le röviden!

Volt-e gyermekének fülgyulladása? Ha igen, volt-e tubus a fülében?

Szedett-e valamire gyógyszert? Milyet és miért?

Volt-e gyermeke öntudatlan állapotban? Ha igen, mennyi ideig és milyen körülmények között?

Volt-e epilepsziás rohama? Ha igen, leírása:

Volt-e lázgörcse (magas láz miatti roham vagy görcs)? (Különös tekintettel a 18 hónapos és 3 éves kor közötti időszakra.) Ha igen, írja le röviden!

Mikor kezdett mászni?

Normál mászás volt? Ellentétes kéz és térd, vagy inkább popsijával és kinyújtott lábbal csúszkált? Mennyi ideig mászott?

Ülésből illetve felhúzódzkodás után azonnal járni kezdett, rövid mászási periódussal?

**Tud-e allergiáról? (Kérjük, jelölje!)**

Pollen? Házipor, poratka? Élelmiszerszínezék, tartósítószerek? Melyik?

Kemikáliák (például benzingőz) szagok, cigarettafüst? Melyik?

Élelmiszer - érzékenység vagy allergia? Melyik?

Volt-e asztmás gyermeke?

Szedett-e rá gyógyszert?

Melyiket és milyen adagolásban?

**Mikor kezdett beszélni?**

Első szavai?

Első rövid mondat?

Volt-e megkésett beszédfejlődés?

Ha igen, mennyi ideig?

**Oltások**

|  |  |
| --- | --- |
| Melyek? | Oltási reakció volt -e (oltás helyének bepirosodása, láz, bágyadtság, enyhe lefolyású betegség…)? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. Hogy jellemezné gyermeke temperamentumát?** (Kérjük, ikszelje be!)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | boldog |  |  | dühös |
|  | agresszív |  |  | depressziós |
|  | vad |  |  | elutasító |
|  | szeszélyes |  |  | álmodozó |

Hány évesen ment iskolába?

Volt-e osztályismétlés?

Van-e testvére?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **neve** | **életkora** | **Gyermek életkora a testvérek születésekor** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Átélt-e gyermeke valamilyen traumát** (terhesség alatt és születése óta), nagyon stresszes időszak, gyász a családban, erőszakos cselekmény - érzelmileg, szexuálisan vagy fizikailag? Melyik időszakban, mit?

Egyéb események a gyermekre vonatkozóan, melyeket fontosnak tart:

**Gyerekre vonatkozó** MAGATARTÁS - CHECKLISTA

Név (gyereké): Kitöltés dátum:

Kérjük, ikszelje be **(szg-es kitöltésnél vastagítsa ki)** azokat a pontokat, melyek igazak lehetnek a gyerkőcre, és két x-szel **(szg-es kitöltésnél plusz ’!’ felkiáltó jellel)** jelölje azokat, amelyeket különösen fontosnak tart!

|  |  |
| --- | --- |
| * nehezen dönt
* zaj- és / vagy fényérzékenység
* hajlamos a balesetekre ◇
* allergiák, élelmiszerérzékenységek (fáradt, hiperaktív evés után)
* ügyetlen
* „szorulásos“
* nappali álmodozó
* nem tudja beosztani az idejét
* nem tud koncentrálni
* nehezen fókuszál a szemével
* nehezen hajt végre utasításokat
* nehezen ad utasításokat
* nehezen nevezi meg az időt (időérzék hiánya) ○
* szédülés, egyensúlyzavar
* elfárad a szeme / gyakran dörzsöli a szemét
* fél sok ember előtt beszélni
* elfelejti az utasításokat
* rossz a névmemóriája
* keveri a jobb és bal oldalt ○, TRS
* nehezen különbözteti meg a színeket
* fejfájás ©, TMG
* türelmetlen / nyugtalan
* impulzív
 | * túlzott aluszékonyság
* magabiztosság hiánya
* nem fejezi be, amit elkezdett
* keveri a betűket és a számokat ◇
* „hazudik“ (fantáziálás értelemben)
* hangulatingadozások ©
* túl aktív / Nem aktív ©
* gyenge szem-kéz koordináció ◇ 🏵
* csúnya kézírás ◇
* nincs szervezőkészsége (rend)
* nem jó a szövegértése
* rosszul olvas ◇ 🖸
* rossz az egyensúlyérzéke
* rossz a helyesírása ○, ◇
* gyenge a sportokban vagy a ritmusos tevékenységekben
* munka közben támasztja a fejét
* nem tud tartósan figyelni
* lassan fejezi be a munkáját ◇
* félbehagyja a dolgait
* vizsgadrukk/lámpaláz \*
* félős / félénk \*
* félelmek / fóbiák \*
* Logikai \* emocionális tapasztalások
* Képi
* Candida / emésztési probléma / ételérzékenység / Allergia
* Vesztibulum
* Ékcsont / kiegyensúlyozatlan szemizom
* MF – Megkésett fejlődés
* Vizuális észlelés problémája

TMG – állkapcsi izület* Pr.Reflex - MORO
 |

Állkapcsi, ékcsonti / ortopédiai beavatkozások

Nyelvi nehézségek (Milyen?)

Egyéb: