



## Kwestionariusz wywiadu z rodzicami/prawnymi opiekunami dziecka w zakresie procesu widzenia

Imię i nazwisko dziecka.....Wiek...../klasa.....

| Lp.                             | Zakres pytań   | TAK | NIE |
|---------------------------------|--|-----|-----|
| 1.                              | <b>Czy dziecko ma wadę wzroku?</b> (jeżeli TAK to zaznacz poniżej jaką wadę wzroku:)<br><input type="checkbox"/> dalekowzroczność;<br><input type="checkbox"/> krótkowzroczność;<br><input type="checkbox"/> astygmatyzm.  |     |     |
| 2.                              | <b>Czy dziecko ma korekcję okularową?</b> (w przypadku stwierdzonej wady wzroku)   |     |     |
| 3.                              | <b>Czy zauważasz u dziecka uciekanie oka/oczu w nienaturalnym kierunku?</b> (do nosa, do skroni)   |     |     |
| 4.                              | <b>Czy dziecko ma/przebyło choroby oczu?</b> (jeżeli TAK to napisz jakie)  |     |     |
| 5.                              | <b>Czy dziecko z powodu chorób oczu/wady wzroku jest pod kontrolą specjalisty?</b> (okulista, optometrysta, ortoptyk)  |     |     |
| 6.                              | <b>Czy jest Pan/Pani w posiadaniu dokumentacji medycznej dziecka?</b> (w przypadku stwierdzonej choroby oczu/wady wzroku).<br><i>Jeżeli TAK - proszę o dołączenie dokumentacji medycznej (ksero) do Wniosku lub Kwestionariusza.</i>   |     |     |
| 7.                              | <b>Czy ktoś w rodzinie ma/przebył choroby oczu?</b> (jeżeli TAK to zaznacz poniżej kto)<br><input type="checkbox"/> mama;<br><input type="checkbox"/> tata;<br><input type="checkbox"/> dziadkowie;<br><input type="checkbox"/> brat/siostra;  |     |     |
| 8.                              | <b>Czy ktoś w rodzinie ma wadę wzroku?</b> (jeżeli TAK to zaznacz poniżej jaką wadę wzroku i kogo dotyczy)<br><input type="checkbox"/> dalekowzroczność (mama, tata, dziadkowie, brat/siostra);<br><input type="checkbox"/> krótkowzroczność (mama, tata, dziadkowie, brat/siostra);<br><input type="checkbox"/> astygmatyzm (mama, tata, dziadkowie, brat/siostra); |     |     |
| <b>Czy zauważasz u dziecka:</b> |  |     |     |
| 9.                              | Tarcie oczu/oka.   |     |     |
| 10.                             | Pochylenie głowy (na prawy/lewy bark, do przodu i obniżenie brody).  |     |     |
| 11.                             | Odchylenie głowy do tyłu i uniesienie brody.   |     |     |



|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 12. | Przekręcanie tułowia ( <i>odchylanie tułowia na prawy/lewy bark; nadmierne pochylanie do przodu; odchylanie się do tyłu</i> ).                                  |  |  |
| 13. | Mrużenie oczu/oka.  |  |  |
| 14. | Zastanianie palcem/ręką oka.  |  |  |
| 15. | Swędzenie oka.  |  |  |
| 16. | Nadmierne mruganie.   |  |  |
| 17. | Nienaturalne szerokie otwieranie oczu.  |  |  |
| 18. | Suche oczy.   |  |  |
| 19. | Załamane oczy.  |  |  |
| 20. | Zaczerwienione oczy.  |  |  |
| 21. | Wrażliwe na światło oczy.   |  |  |
| 22. | Nawracające zapalenie oczu.   |  |  |
| 23. | Ból głowy.  |  |  |
| 24. | Zbieganie się liter lub linii podczas czytania.   |  |  |
| 25. | Zamazywanie liter/wyrazów podczas czytania, przepisywania, pisania z pamięci/słuchu.  |  |  |
| 26. | Unikanie gier i zabaw zręcznościowych.  |  |  |
| 27. | Słabą orientację w przestrzeni.   |  |  |
| 28. | Trudności w śledzeniu wzrokiem poruszających się obiektów, np. piłki.   |  |  |
| 29. | Nienazywanie kolorów.   |  |  |
| 30. | Trudności z poruszaniem się po schodach (wchodzeniem i schodzeniem).  |  |  |
| 31. | Niezauważanie szczegółów i kolorów.   |  |  |
| 32. | Wpadanie na nisko położone objekty lub potykanie się o nie.   |  |  |
| 33. | Niedostrzeganie przeszkód powyżej klatki piersiowej, np. uchylone drzwi, róg wiszącej szafki.   |  |  |
| 34. | Zeszyt, np. przesunięty z przekroczeniem osi ciała ( <i>w jedną stronę, tj. prawą lub lewą</i> ); skośne ułożenie pod zbyt dużym kątem w prawą lub lewą stronę. |  |  |

**Inne spostrzeżenia:**

Słupsk, dnia.....

.....  
Podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka