



## Kwestionariusz wywiadu z rodzicami/prawnymi opiekunami dziecka w zakresie oceny 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:) <input type="checkbox"/> dalekowzroczność; <input type="checkbox"/> krótkowzroczność; <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/przeżyło 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). <i>Jeżeli TAK - proszę o dołączenie dokumentacji medycznej (ksero) do Wniosku lub Kwestionariusza.</i>		
7.	<b>Czy ktoś w rodzinie ma/przeżył choroby oczu?</b> (jeżeli TAK to zaznacz poniżej kto) <input type="checkbox"/> mama; <input type="checkbox"/> tata; <input type="checkbox"/> dziadkowie; <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) <input type="checkbox"/> dalekowzroczność (mama, tata, dziadkowie, brat/siostra); <input type="checkbox"/> krótkowzroczność (mama, tata, dziadkowie, brat/siostra); <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.	Odchylanie 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