Proszę o podanie preferowanych terminów turnusów

(przy preferowanym w tabeli napisz „TAK")

Prosimy o wypełnienie formularza w formie elektronicznej, odesłanie go zapisanego w wersji bez możliwości edycji np. PDF)

1. 10.01.2027-15.01.2027 (Vojta,Neurologo/AAC/CM/Elektro, Zoga)	
2. 31.01.2027-05.02.2027(Vojta, Neurologo/Elektro/AAC/AAu/)	
3. **28.02.2027-05.03.2027** (Vojta, Elektro/Neurologo/AAC/CM/)	
4. **07.03.2027 -12.03.2027-** (Vojta/Eleltro/TS, Neurologo/AAC/Padovan/Zoga)	
5. **04.04.2027-09.04.2027 (**Vojta/TS, Neurologo/AAC/Elektro/AAu)	
6. **11.04.2027 -16.04.2027** (Vojta, Neurologo/Elektro/CM, Zoga),	
7. **9.05.2027 -14.05.2027** (Vojta, Neurologo/Elektro/Padovan/CM)	
8. 20.06.2027 -25.06.2027 (Vojta, Neurologo/Elektro,Padovan, Zoga)	
9. **29.08.2027 - 3.09.2027** (Vojta, Neurologo/AAC/Elektro/AAu, Zoga)	
10. **24.10.2027 -29.10.2027** (Vojta,Neurologo/AAC/CM/Elektro, Zoga)	
11. **21.11.2027-26.11.2027** (Vojta, Neurologo/AAC/TM, Zoga)	
12. **28.11.2027 -3.12.2027 (**Vojta, Neurologo/CM/Elektro, Zoga)	
13. 5.12.2027 - 10.12.2027 (Vojta Neurologo/AAC/CM/Padovan/Elektro, Zoga)	
14. **12.12.2027 - 17.12.2027** (Vojta, Neurologo/AAC/CM/Elektro, Zoga)	
1**5. STACJONARNY 30.07.2027 - 3.08.2027 (**Vojta, Zoga, Akupunktura, Neurologo)	

AAC – komunikacja alternatywna, Zoga, CM - Castilo Morales, Elektro - Elektrostymulacja, Padovan, Neurologo - Neurologopedyczne, TS -Terapia skolioz Seas Schroth Fits, TM - terapia miofuncjonalna

(*zastrzega się możliwość zmian, niezależnych od organizatora)

Każdy z terapeutów z którymi współpracujemy ma szeroki zakres wiedzy i narzędzi terapeutycznych które potrafimy dobrać w zależności od potrzeb Państwa dziecka. Dysponujemy szkoleniami w zakresie których każdy z nasz otrzymał certyfikację. Między innymi są to terapie takie jak: Vojta, Zoga, Terapia Czaszkowo-Krzyżowa, AAC, Integracja Strukturalna Czaszki, DNS w pediatrii, Trójpłaszczyznowa Terapia Manualna Stóp, NDT Bobath, Integracja Odruchów Elastyczny Terapeutyczny Taping, Masaż logopedyczny, Terapia ORM, Terapia miofunkcjonalna, Elektrostymulacja, Padovan, Castolo Morales Seas, Schroth, FITS, Attension Autism, Logopedia ortognatyczna

FORMULARZ

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA TURNUSU :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Dane rodziców/ opiekunów prawnych:

Telefon kontaktowy:

Mail:

Jednostka chorobowa główna (ICD-10)…… ……..…….....

Jednostki chorobowe współistniejące ……

Diagnoza okulistyczna (jeśli jest)……..……..

WYWIAD OKOŁOPORODOWY:

Przebieg ciąży i porodu (np. rodzaj porodu, który poród, termin, choroby matki, liczpa pkt. w skali Apgar) ……..……

……..

……..…….

ROZWOJ DZIECKA:

Rozwój ruchowy dziecka:

1. Czy dziecko podpiera się położone w pozycji na brzuchu **tak/nie**
2. Czy dziecko obraca się z pleców na brzuch **tak/nie**
3. Czy dziecko raczkuje **tak/nie**, jeśli tak czy jest to wzorzec naprzemienny **tak/nie**
4. Czy dziecko samodzielnie siada **tak/nie**
5. Czy dziecko potrafi się samo pionizować (przy ścianie, meblach itp.) **tak/nie**
6. Czy dziecko chodzi samodzielnie **tak /nie**
7. Czy dziecko chodzi z pomocą sprzętu **tak/nie**, (jeśli tak to jakiego) ....
8. Czy dziecko porusza się samodzielnie w jakiś inny sposób **tak/nie**, jeśli tak to w jaki sposób.....

.

Sposób komunikacji/wzrok

1. W jaki sposób dziecko porozumiewa się …….....

2. Czy występują zachowania autostymulujące (np.: kołysanie się, gryzienie, tarcie oczu, ssanie kciuka itp.).....

3. Czy dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z osobami.....

4. Czy dziecko sięga po przedmioty z kontrolą wzrokową.....

5. Ulubione aktywności .....

Informacje dodatkowe:

Jedzenie.....

Picie.....

Sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych.....

CZY DZIECKO ZNAJDUJE SIĘ POD OPIEKĄ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH
TAK/NIE (jeśli tak, to jakich)

……..…….

Badanie wzroku ……. …….

Retinopatia wcześniacza tak/nie ……..……

Okulary tak/nie …….

Epilepsja tak/nie……. ……..

Mowa ……...

Stan stawów biodrowych …….

Aktualne terapie ……..…….

Terapeuta prowadzący…….