A N A M N É Z A

Základní údaje o dítěti

Příjmení:	**Jméno:**
Datum narození:	**Rodné číslo:**
Bydliště:	
Státní občanství:	**Zdravotní pojišťovna:**
Škola:	**Ročník/třída:**

Péče odborníků

Pediatr:	**Klinický psycholog:**
Jiné SPC/PPP:	**Foniatr:**
Neurolog:	**Psychiatr:**
Logoped:	**Středisko výchovné péče:**
Oční:	**Ortopedie:**

Zdravotní stav

Diagnóza:			
Pravidelně užívané léky:			
Prodělaná závažná onemocnění:			
Úrazy:			
Operace:			
Hospitalizace:			
Zrak:	V pořádku	Nevyšetřen	Brýle: Jiné potíže:
Sluch:	V pořádku	Nevyšetřen	Potíže:
Nápadnosti v projevu:			

Dávky pro osoby se zdravotním postižením:

Příspěvek na péči:	1	2	3	4	V řízení
Příspěvek na mobilitu:	Ano		Ne		V řízení
Příspěvek na zvláštní pomůcku:					
Průkazka:	Žádná	ZTP	ZTP/P		V řízení

Rodinná anamnéza

	Matka	Otec	Jiná pečující osoba
Jméno:			
Příjmení:			
Datum narození:			
Vzdělání:			
Povolání:			
Telefonní číslo:			
e-mail			
Bydliště:	Stejné jako dítě ☐ Jiné:	Stejné jako dítě ☐ Jiné:	Stejné jako dítě ☐ Jiné:
Zdravotní potíže			
Zdravotní/psychické potíže v rodině			
Vady řeči v rodině			

Sourozenci Počet sourozenců:

Příjmení	Jméno	Datum narození	Zdravotní/psychické potíže	Speciální vzdělávací potřeby

Rodinná situace

Rodina:	Úplná	neúplná	Doplněná (rodič + nový partner)			Jiná
Dítě je v péči:	obou rodičů	jednoho rodiče	střídavé	pěstounské	ústavní	Jiné
Další osoby podílející se na péči o dítě:						
Doplňující informace:						

Osobní anamnéza

Těhotenství	Fyziologické Rizikové Úraz/nemoc:		
	Pořadí těhotenství:	**Vícečetné těhotenství:** Ano Ne	
Porod	V termínu Po termínu Předčasný: _____týden těhotenství		
	Spontánní Císařský řez Kleště/VEX		
Stav novorozence	Fyziologický Křišen Inkubátor Jiné:		
	Délka:	**Hmotnost:**	**Apgar skóre:**
Doplňující informace:			

Psychomotorický vývoj

Samostatný sed od:				
Lezení od:				
Samostatná chůze od:				
Pleny do:	Na den:		Na noc:	
První slova od:				
Jednoduché věty od:				
Aktuální úroveň řeči:				
Využívání alternativní komunikace:				
Lateralita:	Pravák	Levák	Nevyhraněná	Zkřížená

Školní anamnéza

Předškolní vzdělávání			**Kdy**	**Zařízení**
Jesle/ Dětská skupina	Ne	Ano		
Raná péče	Ne	Ano		
MŠ	Ne	Ano		
Změna MŠ?	Ne	Ano		
Speciální MŠ/třída v MŠ?	Ne	Ano		

Základní vzdělávání			**Kdy**	**Zařízení**	
Odklad školní docházky	Ne	Ano		MŠ Přípravný ročník	
Dodatečný odklad	Ne	Ano		MŠ Přípravný ročník	
Opakování ročníku	Ne	Ano			
Základní škola	Ne	Ano			
Změna ZŠ?	Ne	Ano			
	Další školy:				
Speciální škola/třída?	Ne	Ano			
Má dítě diagnostikované SVP?	Ne	Ano	**Od kdy:**	**Jaké:**	