



NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA „DZIATWA”
przy Samodzielnym Kole Terenowym Nr 5 Społecznego Towarzystwa Oświatowego

KARTA WYWIADU Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI UCZNI
PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO TERAPII EEG BIOFEEDBACK

Data wywiadu

DANE OGÓLNE

IMIĘ I NAZWISKO UCZNI

DATA I MIEJSCE URODZENIA

INFORMACJE O RODZICACH/OPIEKUNACH:

MATKA /imię i nazwisko, zawód/.....

OJCIEC /imię i nazwisko, zawód/.....

NR TELEFONU....., ADRES E – MAIL

DANE SZCZEGÓŁOWE

1. Przyczyna zgłoszenia dziecka na terapię EEG Biofeedback:

.....
.....

2. Czy uczeń korzystał z terapii EEG Biofeedback? TAK / NIE

Jeżeli tak, to gdzie i kiedy?

.....
.....

3. Czy aktualnie uczeń uczestniczy w innych formach terapii poza szkołą (ze szczególnym uwzględnieniem terapii stymulacji słuchu)? TAK / NIE

Jeżeli tak, to w jakich i gdzie?

.....
.....

4. Czy uczeń był diagnozowany neurologicznie (ze szczególnym uwzględnieniem padaczki) TAK/ NIE

Jeśli tak, to jaka była diagnoza?:

.....
.....

5. Czy występowały kiedykolwiek urazy głowy, omdlenia, tiki? TAK / NIE

Jeśli tak, to jakie i kiedy?

.....
.....



NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA „DZIATWA”
przy Samodzielnym Kole Terenowym Nr 5 Społecznego Towarzystwa Oświatowego

6. Czy uczeń ma zdiagnozowane jakieś choroby i czy przyjmuje jakieś leki? (ze szczególnym uwzględnieniem ADHD) TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

.....
.....

7. Czy dotychczasowy rozwój fizyczny, intelektualny, emocjonalny, mowy przebiegał w normie? TAK / NIE
Jeśli nie, to jakie były odchylenia od normy?

.....
.....

8. Jak uczeń funkcjonuje w szkole?

.....
.....

Łatwość i długość koncentracji uwagi:

.....
.....

Łatwość zapamiętywania treści z lekcji, z lektury:

.....
.....

9. Zainteresowania ucznia (pod kątem dostosowania animacji w terapii):

.....
.....

10. Jakich efektów Pani/Pan oczekuje po treningach metodą EEG-BIOFEEDBACK?

.....
.....

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem/ prawnym opiekunem dziecka zgłoszonego na terapię EEG Biofeedback lub osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem.

Przyjmuję do wiadomości, że przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach: dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz archiwalnych. Administratorem danych osobowych jest Poradnia reprezentowana przez Dyrektora Poradni. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni. Mam świadomość, że niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i że mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego.

.....
(PODPIS RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA)

.....
(PODPIS TERAPEUTY)