

# KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI RÓŻNICOWANIA DŹWIEKÓW I ROZPOZNAWANIA WZORCÓW DŹWIĘKOWYCH dla osób dorosłych

Imię: ..... data urodzenia:.....

Data (1) ..... Data (2) ..... Data (3) .....

**Proszę zaznaczyć TAK lub Nie i proszę uzupełnić ją każdorazowo o ewentualne dalsze komentarze.**

**Proszę Państwa o używanie każdorazowo innego koloru przy dalszych wypełnieniach tej ankiety**

## **POWODY BADANIA:**

1. Kiedy słuch Państwa był sprawdzony po raz pierwszy?

**Wyniki:**

2. Kiedy Państwo byli ostatni raz badani?

**Wyniki:**

3. Czy mieli Państwo zapalenia ucha środkowego / perlaki / lub problemy ze słuchem szczególnie przed trzecim rokiem życia?

Tak Nie

**Komentarze:**

4. Czy mieli Państwo operacje gardła, ucha, nosa?

Jeśli tak to kiedy i jakie?

**Komentarze:**

5. Czy występują w rodzinie trudności ze słuchem lub mową czytaniem lub prawidłowym pisaniem?

**Komentarze:**

## **KONCENTRACJA, SKUPIANIE UWAGI, SŁUCHANIE I ROZUMIENIE**

Tak Nie

6. Czy w ciągu dnia są Państwo zmęczeni , ociążali?

**Komentarze:**

7. Czy występują trudności z koncentracją uwagi i trudności na skupieniu się na głosie osoby mówiącej ( podczas długich wypowiedzi ustnych)?

**Komentarze:**

8. Czy mają Państwo trudności ze zrozumieniem i wykonaniem poleceń ustnych?

**Komentarze:**

9. Czy w sytuacji wielu odgłosów w tle występują trudności z pracą . Czy lepiej funkcjonują Państwo w sytuacji 1 na 1?

**Komentarze:**

10. Nie zawsze reagujecie Państwo na swoje imię w sytuacji dużej grupy?

**Komentarze:**

11. Wydaje się, że nie rozumiecie, co się do Was mówi?

**Komentarze:**

12. Odkładacie Państwo odpowiedź na pytanie w czasie aby obserwować co robią inni, a dopiero potem sami zaczynacie wykonywać daną czynność?

**Komentarze:**

13. Wykonujecie czynności tak jak Wam się wydaje, że brzmiało polecenie? Robicie błędy wynikające z braku zrozumienia poleceń zwłaszcza kiedy jesteście zajęci czymś innym?

**Komentarze:**

14. Prace domowe trwają dłużej niż to konieczne?

**Komentarze:**

15. Macie trudności z samodzielnym wykonywaniem zadań?

**Komentarze:**

16. Czy macie trudności z nawiązywaniem kontaktów i zawieraniem znajomości? Tak  Nie

**Komentarze:**

17. Czy występuje nadwrażliwość słuchowa na określone dźwięki?

**Komentarze:**

### **MOWA**

18. Sposób mówienia jest niejasny i/lub powolny, szybki i/lub mieszany?

**Komentarze:**

19. Intonacja jest płaska lub monotonna?

**Komentarze:**

20. Macie problemy z znalezieniem (dobraniami) odpowiednich wyrazów?

**Komentarze:**

21. Czy występują trudności z wypowiedzianiem zdań złożonych?

**Komentarze:**

22. Czy macie trudności z zadawaniem pytań i z zainicjowaniem rozmowy?

**Komentarze:**

### **CZYTANIE, PISANIE, LICZENIE**

23. Czy Państwo ma problemy z czytaniem, prawidłowym pisaniem i/lub liczeniem?

**Komentarze:**

24. Czy byli Państwo leczeni? Np.: Psychoterapia, Logopedia, Zajęcia korekcyjno - kompensacyjne, Rehabilitacja , Integracja sensoryczno motoryczna, program wygaszania odruchów INPP ? Kiedy i jak długo?

Proszę uzupełnić dalsze wiadomości na temat słuchania, rozumienia i uwagi Państwa.