Gabinet Psychologiczny
Berenika Nagórska

al. Tysiąclecia 2c, 62-400 Słupca
tel. 661 673 882 · gabinet@psychologberenika.pl

Wywiad poprzedzający konsultację psychologiczną

Dziecko – wypełnia rodzic lub opiekun prawny. Wypełnienie jest dobrowolne i pomaga mi lepiej przygotować się do rozmowy. Pytania, na które nie chcą Państwo odpowiadać, można pominąć.

1. Dane dziecka i opiekunów

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia (dzień.miesiąc.rok)

Adres zamieszkania (ulica, numer domu i mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Żłobek / przedszkole / szkoła i klasa

Imię i nazwisko osoby wypełniającej

Kim jest dla dziecka

Telefon

E-mail (jeśli Państwo chcą)

2. Powód zgłoszenia

Co Państwa niepokoi? Z czym chcą Państwo przyjść?

Od kiedy to trwa? W jakich sytuacjach widać to najbardziej?

Kto zwrócił na to uwagę?

☐ rodzice ☐ przedszkole / szkoła ☐ lekarz ☐ samo dziecko ☐ ktoś inny

3. Obszary trudności (proszę zaznaczyć, co pasuje)

☐ emocje, płaczliwość ☐ złość, wybuchy ☐ lęki, nieśmiałość ☐ rozstawanie się z rodzicem
☐ koncentracja uwagi ☐ nadruchliwość ☐ nauka ☐ mowa ☐ relacje z rówieśnikami
☐ relacje z rodzeństwem ☐ sen ☐ jedzenie ☐ trening czystości, moczenie
☐ adaptacja w przedszkolu / szkole ☐ ekrany, telefon ☐ trudne wydarzenie w rodzinie

Inne:

4. Rozwój i zdrowie

Ciąża i poród

○ bez powikłań ○ z powikłaniami – jakimi:

Rozwój ruchowy (siadanie, chodzenie)

○ w typowym czasie ○ wcześniej ○ później

Rozwój mowy (pierwsze słowa, zdania)

○ w typowym czasie ○ wcześniej ○ później

Choroby przewlekłe, alergie, pobyty w szpitalu

Leki przyjmowane na stałe

Wzrok i słuch

○ badane, w normie ○ badane, są trudności ○ niebadane

Z czyjej pomocy dziecko korzysta lub korzystało?

☐ psycholog ☐ pedagog ☐ logopeda ☐ neurolog ☐ psychiatra ☐ terapia integracji sensorycznej
☐ poradnia psychologiczno-pedagogiczna

Czy dziecko posiada aktualną opinię PPP lub orzeczenie o niepełnosprawności?

◯ nie ◯ tak – jakie:

5. Dom, przedszkole, szkoła

Z kim dziecko mieszka? Rodzeństwo (imiona, wiek)

Czy w ostatnim czasie zaszły ważne zmiany? (np. przeprowadzka, narodziny rodzeństwa, rozstanie rodziców, choroba, strata)

Jak dziecko radzi sobie w przedszkolu / szkole i w kontaktach z rówieśnikami?

6. Mocne strony dziecka

Co dziecko lubi, co je cieszy, w czym jest dobre?

7. Inne, ważne dla psychologa informacje

8. Ochrona danych osobowych (RODO) i zgody

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (art. 13 RODO)

1. **Administratorem danych** jest Berenika Nagórska prowadząca Gabinet Psychologiczny Berenika Nagórska, al. Tysiąclecia 2c, 62-400 Słupca, NIP 6671748088. Kontakt: gabinet@psychologberenika.pl, tel. 661 673 882.
2. **Cel i podstawa:** przygotowanie i przeprowadzenie konsultacji psychologicznej oraz kontakt w sprawie wizyty – na podstawie zgody oraz w związku ze świadczeniem pomocy psychologicznej (art. 6 ust. 1 lit. a i b oraz art. 9 ust. 2 lit. a i h RODO); ewentualne ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
3. **Odbiorcy:** dane są objęte tajemnicą zawodową psychologa i nie są udostępniane innym osobom. Dostęp do nich mogą mieć wyłącznie podmioty obsługujące gabinet technicznie (dostawca poczty i hostingu – OVH sp. z o.o.) na podstawie umowy powierzenia oraz organy uprawnione na mocy przepisów prawa.
4. **Okres przechowywania:** przez czas korzystania z pomocy psychologicznej, a po jej zakończeniu przez okres wymagany przepisami lub niezbędny do zabezpieczenia ewentualnych roszczeń. Jeśli do konsultacji nie dojdzie, wywiad zostanie usunięty.
5. **Prawa:** dostęp do danych, ich sprostowanie, usunięcie, ograniczenie przetwarzania, przenoszenie, sprzeciw oraz cofnięcie zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania). Przysługuje też skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Podanie danych jest **dobrowolne**; ich brak może utrudnić przygotowanie konsultacji. Dane nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani wykorzystywane do profilowania i zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

☐ Oświadczam, że jestem rodzicem lub opiekunem prawnym dziecka, którego dotyczy wywiad, i jestem uprawniony(-a) do podania jego danych.

☐ Zapoznałem(-am) się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka zawartych w wywiadzie, w tym danych dotyczących zdrowia, w celu przygotowania i przeprowadzenia konsultacji psychologicznej.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny lub e-mailowy w sprawach organizacyjnych (ustalenie lub zmiana terminu spotkania).

Proszę zabrać na spotkanie posiadane dokumenty: opinie, orzeczenia, wyniki badań, wypisy ze szpitala.
Wywiad nie służy do zgłaszania sytuacji nagłych. W zagrożeniu życia: 112. Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży: 116 111.

Data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego