



Vragenlijst intake dyslexie

Praktijk van Waterschoot
Paardeweide 6
4824 EH Breda
076-5417250

PERSOONSGEGEVENS*

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode/Woonplaats :

Telefoon :

E-mailadres :

Gezinssamenstelling :

School :

Adres :

Groep :

Leerkracht :

Groepsverloop :

Datum van invullen :

Beroep vader :

Beroep moeder :

Leeftijd vader :

Leeftijd moeder :

Naam en adres huisarts :

Verzekerd bij :

Aanvullende verzekering type :

* Zou u zo vriendelijk willen zijn een pasfoto van uw zoon/dochter toe te voegen.

(Mocht u voor het invullen niet genoeg ruimte hebben dan kunt u de achterkant van het papier gebruiken, graag met vermelding van het nummer van de vraag)

A. ALGEMEEN

Reden van aanmelding.

1. Zou u een omschrijving van het probleem kunnen geven? Wat voor aanwijzingen ziet u voor deze problematiek?

2. Is uw kind eerder getest of in behandeling geweest of is er iets ondernomen om het probleem aan te pakken? Zou u eventuele informatie van eerdere onderzoeken met dit formulier mee willen sturen?

3. Wanneer werden de problemen voor het eerst zichtbaar?

B. DE ONTWIKKELING VAN UW KIND

1. Zijn er bijzonderheden te vermelden over de zwangerschap of bevalling?

2. Wanneer sprak uw kind voor het eerst losse woorden? jaar

3. Wanneer sprak uw kind voor het eerst korte zinnen? jaar

4. Had uw kind vroeger moeite met het onthouden van namen, rijmpjes, kleuren, dagen van de week e.d., of moeite om op een woord te komen? (Geef aan wat van toepassing is)

5. Heeft uw kind drie keer of vaker oorontsteking gehad? Ja / Nee

6. Had of heeft uw kind gehoorproblemen? Ja / Nee

7. Heeft uw kind problemen met het gezichtsvermogen? Ja / Nee

8. Had of heeft uw kind problemen met de motoriek? Ja / Nee

Eventuele toelichting vraag 5, 6, 7 & 8

9. Speelden er eventuele andere problemen?

10. Is uw kind onder behandeling van een arts of specialist/logopedist/fysiotherapeut/remedial teacher of andere behandelaars geweest en waarvoor?

11. Welk resultaat had dit?

12. Komen er bij familieleden leesproblemen (dyslexie) voor?

C. GEGEVENS MET BETREKKING TOT SCHOOL

1. Zijn er bijzonderheden met betrekking tot het gedrag van uw kind in de klas (bijv. concentratieproblemen, werktempo, etc.)?

2. Hoe is de relatie met de leerkracht?

3. Wanneer zijn de problemen op school begonnen?

4. Is er vanuit de school begrip voor de problematiek? Wordt er binnen de school iets aan gedaan?

5. Durft uw kind in de klas vrijuit te spreken, vraagt hij/zij gemakkelijk in de klas?

6. Zijn er specifieke vakken waar problemen zijn?

7. Is er een periode geweest waarin uw kind mogelijk minder heeft kunnen profiteren van het onderwijs door bijvoorbeeld veel wisseling of ziekte van leerkracht(en), of dat uw kind zelf ziek is geweest, een verhuizing of andere problemen?

D. BEGELEIDING LEZEN EN SPELLING

1. Welke vorm van extra begeleiding heeft uw zoon / dochter ontvangen?

- a. logopedie
- b. remedial teaching
- c. anders, namelijk _____

2. In welke groepen is de extra begeleiding geboden? En hoeveel maanden is de begeleiding geboden?

3. Was deze begeleiding gericht op lezen, spelling of beiden?

4. Wat werd er gedaan tijdens de behandeling? Zou u eventuele verslagen van de begeleiding met dit formulier mee willen sturen?

5. In welke frequentie is de begeleiding geboden? Bijvoorbeeld eenmaal in de week of eenmaal in de twee weken?

E. GEDRAG

1. Zijn er gedragsproblemen? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

2. Is er bij uw kind eerder een diagnose gesteld (bijv. ADHD, dyscalculie, etc.) Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

3. Heeft uw kind moeite met vriendjes maken? Ja / Nee

4. Is er sprake van faalangst bij uw kind? Ja / Nee

F. EVENTUELE BIJZONDERHEDEN

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij verklaren ondergetekende(n) dat zij Praktijk van Waterschoot toestemming verlenen voor het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek bij:

Naam kind :

Geboortedatum :

Daarnaast verklaren ondergetekende(n) dat zij Praktijk van Waterschoot toestemming verlenen voor het informeren van de onderstaande instanties en personen over het bovenstaande psychodiagnostisch onderzoek en voor het opvragen van relevante onderzoeks-, medische-, en/of schoolgegevens bij de onderstaande instanties en personen.

** S.v.p. aanvinken welke instanties van toepassing zijn en de naam van de betreffende persoon en/of instantie vermelden.*

- | <u>Instantie:</u> | <u>Naam:</u> |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | |
| <input type="checkbox"/> School | |
| <input type="checkbox"/> Psychologische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Logopedische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | |
| <input type="checkbox"/> Ziekenhuis | |

Naam vader (en/of verzorger) : Handtekening:

Naam moeder (en/of verzorger) : Handtekening:

Handtekening cliënt(e) (vanaf 12 jaar) :

Datum/Plaats :