



Danışan Başvuru Formu

***NOT:** Lütfen Danışan Bilgi Formunu doldurup **değerlendirme seansı öncesinde** dilvekonusmainfo@gmail.com adresine gönderiniz.

DANIŞAN BİLGİLERİ

Ad-Soyad:									
Doğum Tarihi:	Gün	Seç	▼	Ay	Seç	▼	Yıl	Seç	▼
Cinsiyet:	☐ Kız			☐ Erkek					
Okul/Kreş, Sınıf ve Öğretmen Adı:									
Başvuru Nedeni:									
Beklentiniz:									
Yönlendiren Kişi veya Kurum:									

AİLE BİLGİLERİ

	● Anne	● Baba
Ad-Soyad:		
Doğum Tarihi:		
Telefon Numarası:		
Adres:		
E-mail Adresi:		
Eğitim Durumu:		
Meslek:		

BAKIM VEREN VE KARDEŞ BİLGİLERİ

Ad-Soyad	Yakınlık Derecesi	Telefon Numarası

Kardeş Bilgileri

Ad-Soyad	Yaşı	Cinsiyeti

DİL VE KONUŞMA GELİŞİMİ

Aşağıdaki becerileri yaklaşık kaç aylıkken kullanmaya başladı?

Beceri	Yaklaşık yaş / ay	Hatırlamıyorum	Henüz kullanmıyor
Babıldama (örn. “bababa”, “gaga”)		☐	☐
İlk anlamlı sözcük		☐	☐
Sözcükleri bir araya getirme (örn. “Anne gel”, “Su ver”)		☐	☐
Üç veya daha fazla sözcüklü cümleler		☐	☐

Evde birden fazla dil konuşuluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse hangi diller? Çocuk en çok hangisini kullanıyor?

Dil ve konuşma becerilerinde gerileme veya daha önce kullandığı sözcükleri kaybetme oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

İLETİŞİM BECERİLERİ

Çocuğunuz kendisini genellikle nasıl ifade eder? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- | | |
|--|---|
| ☐ Eylemlerle / yetişkinin elini yönlendirerek | ☐ Seslerle |
| ☐ Jestlerle / işaret ederek | ☐ Tek sözcüklerle |
| ☐ 2-4 sözcüklü ifadelerle | ☐ Daha uzun cümlelerle |
| ☐ İşaret dili, resim veya iletişim sistemiyle | ☐ Diğer |

Açıklama

Çocuğunuzun söylediklerini ne sıklıkla anlarsınız?

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Her zaman | ☐ Çoğunlukla | ☐ Bazen | ☐ Hiçbir zaman |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

Ebeveynleri dışındaki kişiler çocuğunuzun konuşmasını ne sıklıkla anlar?

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Her zaman | ☐ Çoğunlukla | ☐ Bazen | ☐ Hiçbir zaman |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

Çocuğunuz aşağıdaki zorluklardan hangilerini yaşıyor?	Evet	Hayır	Emin değilim
İletişim kurmaya çalışırken zorlanıyor, sinirleniyor veya hayal kırıklığı yaşıyor.	☐	☐	☐
Belli konuşma seslerini üretmekte zorlanıyor.	☐	☐	☐
Sorulara cevap vermekte zorlanıyor.	☐	☐	☐
Yönergeleri takip etmekte zorlanıyor.	☐	☐	☐
Bildiği bir olayı veya düşüncesini anlatmakta zorlanıyor.	☐	☐	☐
Konuşurken ses veya hece tekrarları, uzatmalar ya da takılmalar görülüyor.	☐	☐	☐
Sesindeki kısıklık veya farklılık sürekli ya da sık tekrarlıyor.	☐	☐	☐
Konuşurken nefesini kullanmakta zorlanıyor.	☐	☐	☐
Yaşlılarıyla iletişim başlatmakta veya sürdürmekte zorlanıyor.	☐	☐	☐
Sosyal kuralları anlamakta ve takip etmekte zorlanıyor.	☐	☐	☐
Yiyecek seçiciliği var.	☐	☐	☐
Çiğneme/yutma sırasında öksürme, tıkanma veya boğulur gibi olma görülüyor.	☐	☐	☐
İşitmeyle ilgili bir zorluk yaşıyor.	☐	☐	☐

Diğer / Açıklama

TIBBİ ÖYKÜ

Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan yoğun bakım veya doğumla ilgili önemli bir durum yaşandı mı?

Çocuğunuza konulmuş bir tanı var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

Çocuğunuzu düzenli olarak takip eden bir hekim var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

Çocuğunuzun düzenli olarak kullandığı bir ilaç var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse ilacın adını ve kullanım nedenini yazınız:

Çocuğunuzun bilinen bir besin alerjisi var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse besini ve bilinen reaksiyonu yazınız:

Çocuğunuz önemli bir hastalık, ameliyat, hastane yatışı, nöbet veya kafa travması geçirdi mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

Çocuğunuzda sık kulak enfeksiyonu, orta kulakta sıvı birikmesi veya kulak tüpü öyküsü var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

Yenidoğan işitme taramasından geçti mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

İşitmesi daha sonra değerlendirildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Varsa değerlendirme tarihini ve sonucunu yazınız:

Ailede dil ve konuşma gecikmesi, konuşma sesi güçlüğü, kekemelik, işitme, okuma-yazma veya öğrenme güçlüğü öyküsü var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Evetse açıklayınız:

EĞİTSEL VE TERAPÖTİK DESTEK BİLGİLERİ

Çocuğunuz daha önce dil ve konuşma değerlendirmesi veya terapisi aldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

Çocuğunuz başka bir alanda daha önce destek aldı mı veya halen alıyor mu?

Destek Aldığı Alan	Uzman / Kurum	Süre / Devam Durumu

EK BİLGİLER

Bilmemizin önemli olduğunu düşündüğünüz başka bir konu var mı?

Formu değerlendirme seansından önce aşağıdaki adrese gönderebilirsiniz:

dilvekonusmainfo@gmail.com

Paylaştığınız bilgiler gizli tutulacaktır. Formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz.



YAŞA GÖRE DİL VE İLETİŞİM GELİŞİMİ

Çocuğunuzun yaş grubuna uygun gelişim formunu incelemek için karekodu okutabilirsiniz.