

Załącznik nr 3

ANKIETA

..... zwraca się z uprzejmą prośbą o wypełnienie przedstawionej ankiety i nadesłanie na adres
Informacje zbierane są w celu uzupełnienia bazy danych dotyczącej zarówno liczby dzieci zagrożonych niepełnosprawnością oraz niepełnosprawnych w wieku 0-7 lat wymagających wielospecjalistycznej, kompleksowej opieki, jak i jednostek organizacyjnych świadczących kompleksową wczesną diagnozę i rehabilitację.

1. Nazwa organu założycielskiego

.....

2. Nazwa jednostki organizacyjnej

.....

3. Rok rozpoczęcia działalności w zakresie wczesnej interwencji

4. Adres

- miejscowość
- kod
- ulica nr

5. Telefon fax e-mail

6. Gmina

7. Powiat

8. Województwo

9. Jednostka prowadzona jest w strukturze:

- Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
- Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
- Publicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
- Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
- Inne:

.....
.....
.....

10. Wiek dzieci objętych kompleksową opieką

.....

11. Ogólna liczba dzieci objętych kompleksową opieką

.....

w tym dzieci w wieku 0-3 lat

12. Rodzaj problemów rozwojowych uzasadniających wskazania do kompleksowej opieki:

- opóźnienie rozwoju psychoruchowego
 - rozpoznane upośledzenie umysłowe
 - autyzm wczesnodziecięcy i pokrewne zaburzenia rozwoju (wg ICD-10, poz. F84)
 - niedosłuch lub głuchota
 - niedowidzenie lub ślepotą
 - wieloraka (sprzężona) niepełnosprawność
 - mózgowe porażenie dziecięce
 - inne (wymienić jakie)
-
-
-
-

13. Zatrudniona kadra

Stanowisko	Kwalifikacje (wykształcenie, specjalizacje, stopnie naukowe, ukończone kursy)	Rozmiar zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty
Lekarz: <ul style="list-style-type: none"> • neurolog • psychiatra • rehabilitacji ruchowej • pediatra-konsultant • audiolog • okulista • inny <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Stanowisko	Kwalifikacje (wykształcenie, specjalizacje, stopnie naukowe, ukończone kursy)	Rozmiar zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty
Psycholog		
Pedagog		
Pedagog specjalny, w tym specjalność: <ul style="list-style-type: none"> • oligofrenopedagogika • tyflopädagogika 		

<ul style="list-style-type: none"> • surdopedagogika • inne 		
Logopeda		
Fizjoterapeuta <ul style="list-style-type: none"> • mgr rehabilitacji • licencjat • technik 		
Inny specjalista <ul style="list-style-type: none"> • • • 		
Pracownik socjalny		
Kierownik		

14. Rodzaj świadczonych usług (proszę wymienić):

.....

.....

.....

.....

15. Sposób współpracy specjalistów między sobą (proszę opisać)

.....

.....

.....

.....

.....

16. Dotychczasowy sposób finansowania świadczeń realizowanych w placówce

.....

.....

.....

.....

17. Warunki techniczno-lokalowe.

Liczba pomieszczeń i ich powierzchnia w m² oraz rodzaj gabinetów

- a) do zajęć indywidualnych
- b) do zajęć grupowych

18. Wyposażenie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

.....

funkcja i nazwisko osoby wypełniającej

podpis