Görüşme Tarihi:...../...../20.....

Görüşen :

Çocuğun Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi :

Yaşı :

Cinsiyeti : K ( ) E ( )

1. AİLE

a) Anne Baba

Adı Soyadı :

Yaş :

Öğrenim Durumu:

Meslek:

Yaşadığı Yer:

Telefon:

Medeni Durumu: Evli ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) İkinci Evlilik ( ) **Rh Kan Uyuşmazlığı Var mı?** Var ( ) Yok ( )

Akraba Evliliği Varsa Derecesi:

Aile ya da Çevrenizde Gelişimse ya da Sağlık Problemi Olan Var mı? Var ( ) Yok ( )

b) Kardeşler

Cinsiyeti : K ( ) E ( )

Yaş:

Sağlık Problemi: Var ( ) Yok ( )

Varsa Kimde Neden?

Aynı Evde mi Yaşanıyor?

c) Evde Sizinle Birlikte Yaşayan Başka Kimse Var mı? E ( ) H ( )

Size Yakınlık Derecesi:

2. YAPILAN TESTLER

TESTLERİN ADISONUÇTARİH

GÖRME

İŞİTME

DİĞER

3. FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ

Tarih:

Boy :

Kilo :

ÜNİTEMİZE GELİŞ NEDENİ 1.Görüşme Tarihi:

Görüşen :

ÜNİTEMİZE GELİŞ NEDENİ 2.Görüşme Tarihi:

Görüşen:

ÜNİTEMİZE GELİŞ NEDENİ: 3.Görüşme Tarihi:

Görüşen: