

ANKIETA KWALIFIKACYJNA

do terapii zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży

Dwór Serenitas – Ośrodek Terapii Zaburzeń Odżywiania

Ankieta przeznaczona jest dla rodziców/opiekunów prawnych. Prosimy o możliwie szczere i dokładne odpowiedzi. Informacje te są niezbędne do właściwej kwalifikacji dziecka do odpowiedniej formy terapii.

I. INFORMACJE PODSTAWOWE

- Imię i nazwisko dziecka:
- Data urodzenia: Wiek:
- Płeć: dziewczynka chłopiec inna / w trakcie identyfikacji
- Klasa / poziom edukacji:
- Imię i nazwisko rodzica/opiekuna wypełniającego ankietę:
.....
- Numer telefonu kontaktowego:
- Adres e-mail:

II. HISTORIA PROBLEMU Z ODŻYWIANIEM

1. Od kiedy obserwują Państwo trudności związane z jedzeniem?
 poniżej 3 miesięcy 3–6 miesięcy powyżej 6 miesięcy powyżej roku
2. Co było pierwszym zauważalnym sygnałem problemu?
.....
.....
3. Czy wystąpiło konkretne wydarzenie poprzedzające zmiany w odżywianiu (np. stres, komentarze nt. wyglądu, zmiana szkoły, choroba)?
 Tak Nie
Jeśli tak, jakie?
.....
.....

III. ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE I OBJAWY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Prosimy zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które dotyczą dziecka.

1. Ograniczanie jedzenia

- znaczne zmniejszenie porcji
- pomijanie posiłków
- jedzenie bardzo wolno / rytualnie
- liczenie kalorii
- unikanie jedzenia w obecności innych

2. Unikanie określonych produktów

- tłuszczów
- cukru
- węglowodanów
- produktów „wysokokalorycznych”
- produktów wcześniej lubianych

3. Epizody objadania się

- brak
- sporadyczne
- regularne
- objadanie się w ukryciu
- poczucie utraty kontroli podczas jedzenia

4. Zachowania kompensacyjne

- prowokowanie wymiotów
- stosowanie środków przeczyszczających
- głodówki
- nadmierna aktywność fizyczna
- inne (jakie?):

5. Stosunek do masy ciała i wyglądu

- silny lęk przed przytyciem
- częste ważenie się
- negatywne wypowiedzi o ciele
- zniekształcony obraz własnego ciała
- porównywanie się z innymi

IV. ZMIANY W MASIE CIAŁA I STANIE SOMATYCZNYM

1. Aktualna masa ciała (jeśli znana): kg
2. Wzrost: cm
3. Najniższa masa ciała w ostatnim roku: kg
4. Najwyższa masa ciała w ostatnim roku: kg
5. Czy występują objawy somatyczne?
 - osłabienie
 - zawroty głowy
 - omdlenia
 - wychłodzenie
 - wypadanie włosów
 - zaburzenia miesiączkowania (jeśli dotyczy)
 - problemy żołądkowo-jelitowe
 - inne:

V. FUNKCJONOWANIE EMOCJONALNE I PSYCHOSPOŁECZNE

- obniżony nastrój
- drażliwość
- napady lęku
- perfekcjonizm
- nadmierna potrzeba kontroli
- wycofanie społeczne
- trudności szkolne
- niska samoocena

Czy dziecko:

- mówi o poczuciu winy lub wstydu związanym z jedzeniem? Tak Nie
- unika spotkań towarzyskich z powodu jedzenia? Tak Nie
- przejawia myśli samokrytyczne lub autoagresywne? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy opisać:

.....

.....

VI. FUNKCJONOWANIE RODZINNE

1. Czy w rodzinie występują napięcia lub konflikty wokół jedzenia?
 Tak Nie
2. Czy któryś z członków rodziny miał/ma zaburzenia odżywiania, depresję lub inne zaburzenia psychiczne?
 Tak Nie
Jeśli tak, jakie?
.....
3. Jak oceniają Państwo atmosferę wokół posiłków w domu?
 spokojna napięta konfliktowa unikana

VII. DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Czy dziecko korzystało wcześniej z:

- psychoterapii
- pomocy dietetycznej
- leczenia psychiatrycznego
- hospitalizacji

Jeśli tak, prosimy podać:

- rodzaj terapii:
- okres leczenia:
- powód zakończenia:

VIII. OCZEKIWANIA WOBEC TERAPII W DWORZE SERENITAS

1. Jakie są Państwa główne cele związane z terapią dziecka?
.....
.....
2. Jakie zmiany byłyby dla Państwa sygnałem poprawy?
.....
.....
3. Czy dziecko jest świadome zgłoszenia do ośrodka?
 Tak Nie

4. Jak dziecko odnosi się do pomysłu terapii?

chętnie ambiwalentnie z oporem brak informacji

IX. INFORMACJE DODATKOWE

Prosimy o wpisanie wszelkich informacji, które uznają Państwo za istotne:

.....

.....

.....

.....

Na podstawie niniejszej ankiety zespół specjalistów Dworu Serenitas dokona wstępnej oceny klinicznej i zaproponuje optymalną formę terapii.