Уважаемый посетитель!

Московский филиал лаборатории цветотестирования и цветокоррекции Иана Джордана компании ОПТИК СИТИ просит Вас заполнить и отправить нам анкету-опросник (*подчеркните, напишите или поставьте цифру в графе справа).*

На основании Ваших ответов нам будет понятнее, есть ли у Вас проблемы, при которых цветотестирование и подбор специальных очковмогут скорректировать Ваши нарушения и улучшить качество жизни.

**АНКЕТА-ОПРОСНИК**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество пациента |  |
| Род занятий (для взрослых - профессия, для учеников – обычная или коррекционная школа, для дошкольников – обычный или профильный детский сад, клуб, интернат) |  |
| Год рождения (возраст) |  |
| Контакты: город проживания, электронная почта, телефон (для детей ФИО родителей) |  |
| Откуда Вы узнали про цветотестирование и цветокоррекцию или кто Вам рекомендовал обратиться к нам? |  |

**Часть 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Есть ли у Вас снижение зрения, косоглазие,нистагм? |  |
| Есть ли у Вас повышенная чувствительность к свету? |  |
| Бывает ли у Вас тик? |  |
| Смотрите ли Вы 3д фильмы? |  |
| Носите ли Вы очки или контактные линзы? |  |
| Когда и в каком учреждении Вас последний раз смотрел офтальмолог? |  |
| Выявляли ли у Вас когда-либо указанные ниже состояния:1. Дислексия,
2. Дисграфия,
3. Диспраксия,
4. Гиперактивность или СДВГ,
5. Аутизм,
6. Аспергера,
7. РАС (расстройство аутического спектра),
8. НСО (нарушение сенсорной обработки),
9. Синдром Пульфриха,
10. Эпилепсия,
11. Рассеянный склероз,
12. Паркинсонизм,
13. Инсульт.

Не относили ли Вас к группе людей с ОВЗ (ограниченные возможности здоровья)? | *(поставьте цифру, если есть)* |
| Бывают ли у Вас следующие проблемы:1. Строка «плывет»,
2. Буквы переворачиваются слева-направо или вверх ногами,
3. Слова (буквы) прыгают с места на место,
4. Буквы или слоги исчезают,
5. Слова (буквы) видны расплывчато,
6. Слова (буквы) вибрируют,
7. Слова (буквы) собираются в кучку (расположены очень близко друг к другу, так что их не разобрать),
8. Слова (буквы) изменяют свой размер (увеличиваются или уменьшаются),
9. Солнечные зайчики прыгают по листу,
10. Некомфортно смотреть на белый лист бумаги?
 | *(поставьте цифру, если есть)* |
| Неприятно ли Вам смотреть на полосы (например, тельняшку или другую одежду в полоску)? |  |

**Часть 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Хорошо ли Вы учились (учитесь) в школе? |  |
| Ваши нелюбимые предметы? |  |
| Есть ли у Вас друзья? |  |
| Что Вы не умеете делать из того, что легко делают Ваши друзья? |  |
| Трудно ли Вам читать, писать, понимать прочитанное, запоминать? |  |
| Сильно ли Вы нажимаете на ручку, когда пишете? |  |
| Вы правша, левша, переученный левша, владеете одинаково правой и левой рукой? |  |
| Путаете ли Вы лево-право? |  |
| Есть ли у Вас нарушения речи? Заикание? |  |
| Хорошо ли Вы слышите? |  |
| Беспокоит ли Вас шум в ушах? |  |
| Хорошо ли Вы держите равновесие?Трудно ли Вам пройти по бревну или узкой дорожке? |  |
| Любите ли Вы физкультуру? Занимаетесь ли спортом? |  |
| Катаетесь ли Вы на коньках или велосипеде? |  |
| Легко ли Вам ловить мяч и играть в бадминтон? |  |
| Легко ли Вам идти по лестнице? |  |
| Часто ли Вы спотыкаетесь? |  |
| Натыкаетесь ли на предметы при ходьбе? |  |
| Любите ли Вы рисовать? |  |
| Ваш любимый цвет? |  |
| Видите ли Вы лицо собеседника целиком или сначала только одну часть лица, потом другую и т.д.? |  |
| Правильно ли Вы рисуете лица? Также как Ваши друзья или по-другому? |  |
| Трудно ли Вам смотреть в глаза другому человеку или Вы предпочитаете разговаривать, не смотря в глаза собеседнику? |  |
| Бывает ли, что Вы не узнаете близких Вам людей? |  |
| Хорошо ли Вы видите эмоции на лицах людей (различаете радость, печаль и др.)? |  |
| Бывают ли у Вас проблемы с глотанием? |  |
| Часто ли Вы прикусываете щеку или язык? |  |
| Нет ли у Вас особенностей вкусовых ощущений по сравнению с Вашими родственниками и друзьями? |  |
| Чувствуете ли Вы запахи более или менее резко по сравнению с Вашими родственниками или друзьями? |  |
| Ощущаете ли Вы боль сильнее или слабее, чем Ваши родственники или друзья? |  |
| Бывают ли у Вас головные боли, мигрени? Как часто (ежедневно, один раз в неделю, один раз в месяц)? |  |
| Как Вы чувствуете холод-тепло? Вы одеваетесь по погоде или не так как Ваши друзья или знакомые? |  |
| Есть ли у Вас нелюбимая одежда? Есть ли одежда, которая «кусается»? Бывает ли, что Вам неприятно ощущать бирки от одежды? |  |
| Бывает ли Вам неприятнастрижка волос? |  |
| Есть ли у Вас пищевая или лекарственная аллергия? |  |

**Часть 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность к:а) покраснению лица?б) побледнению лица? |  |
| Бывает ли у Вас онемение или похолодание:а) пальцев кистей, стоп?б) целиком кистей, стоп? |  |
| Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность):а) пальцев кистей, стоп?б) целиком кистей, стоп? |  |
| Отмечаете ли Вы повышенную потливость?В случае ответа «Да» уточните: постоянная или при волнении (нужное подчеркните) |  |
| Бывают ли у Вас часто ощущения сердцебиения, «замирания», «остановки сердца»? |  |
| Бывают ли у Вас часто ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа «Да» уточните: при волнении, в душном помещении (нужное подчеркните) |  |
| Характерно ли для Вас нарушение функции ЖКТ: склонность к запору, диарее, вздутию живота, боли? |  |
| Бывают ли у Вас обмороки (внезапная потеря сознания или чувство, что можете его потерять)? В случае ответа «Да» ,уточните условия: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении ( нужное подчеркните) |  |
| Бывает ли у Вас приступообразная головная боль? В случае ответа «Да» ,уточните: диффузная или только половина головы, вся голова, сжимающая или пульсирующая (нужное подчеркните) |  |
| Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость?  |  |
| Отмечаете ли Вы нарушение сна? В случае ответа «Да» уточните: трудность засыпания; поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром (нужное подчеркните)  |  |

**Часть 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вопрос** |  |
| Не было ли у Вашей мамы осложненной беременности или родов (кислородная недостаточность или гипоксия, например вследствие обвития пуповины и др.) |  |
| В каком возрасте Вы начали ходить?  |  |
| Как Вы начали ходить: сначала ползали, а потом пошли или периода ползания не было? |  |
|  В каком возрасте Вы начали говорить? |  |

Если в нашем опроснике не встретилась Ваша проблема, попробуйте её описать ниже.

|  |
| --- |
| Пожалуйста, пройдите тест. Напишите в правом поле:1. Сколько предметов Вы видите на картинке?
2. Назовите, какие предметы Вы видите на картинке.
 |
| **Тест3_100** |  |

Мы готовы принять на тестированиеВашего ребенка даже в том случае, если он не говорит и приедет к нам с сопровождающим лицом, которое находится с ним много времени.

|  |  |
| --- | --- |
| Наш адрес и телефон: | Контактное лицо: |
| г. Москва, ул. Большая Полянка д. 30. Салон оптики ОПТИК СИТИ. **Тел.+7-499-230-20-02**. | Главный врач ОПТИК СИТИ, руководитель Центра цветокоррекции и цветотестирования, к.м.н. Абугова Тамара Давыдовна**abugova@yandex.ru**matosova77@mail.ru |