

Опросный лист анамнеза

Указания по заполнению этого опросного листа

Заполните или отметьте крестиком нужное

Просим Вас указать приведенную ниже информацию для проведения полного медосмотра перед школой и предоставления квалифицированной консультации. Обработка данных основана, помимо прочего, на ст. 12 абз. 1 GDG, § 6 абз. 1 п. 1 Директивы о гигиене в школе (SchulgespflV). Дополнительные сведения об обработке данных приведены в информации о защите данных, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Фамилия ребенка	Имя ребенка	Дата рождения
Число братьев и сестер	Гражданство ребенка	Страна рождения ребенка

Фамилия и адрес опекуна

Фамилия Имя..... Фамилия Имя.....

№ телефона № телефона.....

Адрес

детский сад

Продолжительность посещения яслей/детского сада/сада (в годах): _____

Посещает ли ваш ребенок в настоящее время детский сад? да нет

Тип детского сада:

Обычный детский сад (в т. ч. лесной, Монтессори или др.) Центр подготовки к школе (SVE)

Дневной центр лечебной педагогики (НПТ) Интеграционный центр / интеграционный детский сад

Другой (какой именно?) _____

Беременность и течение родов (данные в желтой медкарте)

Вес при рождении: |_|_|_|_| грамм полные недели беременности: |_|_| нед. многоплодные роды

Развитие

Дефекты речи при развитии да нет

Ребенок растет, разговаривая на нескольких языках да нет

Взаимодействие с немецким языком с рождения не с рождения

Если взаимодействие с немецким языком началось не с рождения, то с какого возраста? |_|_| |_|_|_| лет мес.

Родной язык родителей (просьба указать для обоих родителей)

Немецкий другой (какой?): _____

Немецкий другой (какой?): _____

На каких языках говорят у Вас дома?

Немецкий другой (какой?): _____

Ваш ребенок правша левша еще непонятно

Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть сложности в одной или нескольких следующих областях: настроение (подавленный, боязливый, нерешительный, вспыльчивый), концентрация (не может долго сидеть тихо, не слушает долго при чтении вслух), поведение, взаимодействие с другими?

да нет

Меры стимулирования или лечение			
прохождение вводного курса немецкого языка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> Запланировано	
Логотерапия (логопедия)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент	<input type="checkbox"/> Запланировано	
Данные о перенесенных заболеваниях или ограничениях по состоянию здоровья			
Ваш ребенок уже обследовался у окулиста?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
<i>Если да:</i> При этом было выявлено или инициировано следующее:			
<input type="checkbox"/> Показатели в норме	<input type="checkbox"/> прописаны очки		
<input type="checkbox"/> близорукость (миопия)	<input type="checkbox"/> дальнозоркость (гиперопия)	<input type="checkbox"/> косоглазие	
Вы водили своего ребенка в последние 12 месяцев к стоматологу?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
Врожденное серьезное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
<i>Если да, ответьте на следующие вопросы:</i>			
Врожденное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон		
Установлен слуховой аппарат	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон		
Установлен кохлеарный имплантат	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон		
Нарушения обмена веществ / гормональные сбои (только отклонения, диагностированные врачом):			
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
<i>Если да, какие:</i>	<input type="checkbox"/> дефицит MCAD <input type="checkbox"/> гипотериоз (врожденный)		
	<input type="checkbox"/> ФКУ <input type="checkbox"/> АГС <input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> сахарный диабет (тип 1)		
	<input type="checkbox"/> Иное:		
<i>Возраст при постановке диагноза: __ __ __ (лет/месяцев)</i>			
Прочие хронические заболевания:	<input type="checkbox"/> да (какие?):	<input type="checkbox"/> нет	
Тяжелая форма инвалидности:	<input type="checkbox"/> да (какая?):	<input type="checkbox"/> нет	
Регулярно принимаемые медикаменты:	<input type="checkbox"/> да (какие?):	<input type="checkbox"/> нет	
Вам известно о заболеваниях Вашего ребенка, которые требуют определенных действий в экстренной ситуации (например, аллергии, эпилепсия и т. д.)?			
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
<i>Если да, о каких?</i>		
Есть ли в семье (у родителей, братьев, сестер)			
▶ нарушение чтения и письма (дислексия)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
▶ нарушение счета (дискалькулия)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		

Дата заполнения: