

Анамнестична анкета

Інструкції щодо заповнення цієї анкети: Заповніть необхідні поля або поставте хрестик ☒

Просимо вас надати наступну інформацію, щоб ми могли провести медичне обстеження для вступу до школи у повному обсязі і надати вам кваліфіковану консультацію. Обробка даних ґрунтується, зокрема, на пункті 1, статті 12 Закону про службу охорони здоров'я (GDG), пункті 1, параграфу 6 Розпорядження про шкільну гігієну (SchulgespflV). Додаткову інформацію про обробку даних можна знайти в інформації про захист даних, яку ви отримали разом із запрошенням на медичне обстеження для вступу до школи.

Прізвище дитини	Ім'я дитини	Дата народження
Кількість братів і сестер	Громадянство дитини	Країна народження дитини
Прізвище, ім'я та адреса законного опікуна Прізвище, ім'я Прізвище, ім'я Номер тел. Номер тел. Адреса		
дитячий садок		
Тривалість відвідування ясел/ясел-садка/дитячого садка (у роках) : _____		
Ваша дитина відвідує зараз дитячий садок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Вид дитячого садка: <input type="checkbox"/> Звичайний дитячий садок (зокрема лісовий дитячий садок, садок за методикою Монтесорі тощо) <input type="checkbox"/> Центр підготовки до школи (SVE) <input type="checkbox"/> Денний центр лікувальної освіти (НРТ) <input type="checkbox"/> Місце в інтеграційній групі / інтеграційний дитячий садок <input type="checkbox"/> Інше (що саме?) : _____		
Перебіг вагітності і пологів (дані в жовтому зошиті)		
Вага при народженні: __ __ __ __ __ __ Грам		
повні тижні вагітності: __ __ __ тижнів вагітності		
<input type="checkbox"/> Багатоплідні пологи		
Розвиток		
Дефекти мови в процесі розвитку <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Дитина росте в багатомовному середовищі <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Контакт з німецькою мовою <input type="checkbox"/> з моменту народження <input type="checkbox"/> не з моменту народження Якщо контакту з німецькою мовою не було з моменту народження, то в якому віці він розпочався? __ __ роки __ __ місяців		
Рідна мова батьків (вказіть для обох батьків)? <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____ <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____		
Якими мовами розмовляють у вас вдома? <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____		
Ваша дитина <input type="checkbox"/> правша <input type="checkbox"/> лівша <input type="checkbox"/> ще не визначилася		
Чи можете ви сказати, що загалом у вашої дитини є труднощі в одній або кількох з наступних областей: настрої (пригнічений, тривожний, нестабільний, запальний), концентрація (не може довго сидіти на місці, не слухає терпеливо під час читання вголос), поведінка, взаємодія з іншими людьми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		

Заходи щодо надання допомоги або лікування			
Проходження вступного курсу німецької мови	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> планується
Логотерапія (логопедія)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> завершена	<input type="checkbox"/> триває в даний час <input type="checkbox"/> планується
Інформація про перенесені раніше захворювання або обмеження за станом здоров'я			
Чи проходила ваша дитина коли-небудь огляд в офтальмолога?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так:</i> було виявлено або призначено наступне:			
<input type="checkbox"/> Зір у нормі	<input type="checkbox"/> Виписані окуляри		
<input type="checkbox"/> Короткозорість (міопія)	<input type="checkbox"/> Далекозорість (гіперопія)	<input type="checkbox"/> Косоокість	
Чи водили ви свою дитину до стоматолога впродовж останніх 12 місяців?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
Вроджені важкі порушення слуху	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так, дайте відповідь на такі запитання:</i>			
Вроджене порушення слуху	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Використання слухового апарата	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Використання кохлеарного імплантату	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Порушення обміну речовин / гормональні порушення (тільки дані медичної діагностики)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так, то які:</i> <input type="checkbox"/> Дефіцит MCAD <input type="checkbox"/> Гіпотиреоз (вроджений)			
<input type="checkbox"/> ФКУ	<input type="checkbox"/> АГС	<input type="checkbox"/> Муковісцидоз	<input type="checkbox"/> Цукровий діабет (тип 1)
<input type="checkbox"/> Інші:		
<i>Вік на момент встановлення діагнозу:</i> __ __ __ (років / місяців)			
Інші хронічні захворювання:	<input type="checkbox"/> Так (які?): <input type="checkbox"/> Ні	
Важка інвалідність:	<input type="checkbox"/> Так (які?): <input type="checkbox"/> Ні	
Ліки, які необхідно приймати регулярно:	<input type="checkbox"/> Так (які?): <input type="checkbox"/> Ні	
Чи знаєте ви про які-небудь захворювання вашої дитини, які вимагають виконання певних процедур в екстрених ситуаціях (наприклад, алергія, епілепсія тощо)?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так, то яких?</i>		
Чи спостерігалися у членів сім'ї (батьки, брати і сестри)			
▶ порушення читання і письма (легастенія)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
▶ порушення рахунку (акалькулія)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	

Заповнено: