

| Masat ose trajtimet mbështetëse | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pjesëmarrja në kursin paraprak të gjuhës gjermane | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | <input type="checkbox"/> planifikuar |
| Terapia e të folurit | <input type="checkbox"/> Jo | <input type="checkbox"/> përfunduar | <input type="checkbox"/> në vazhdim <input type="checkbox"/> planifikuar |
| Informacion rreth sëmundjeve të mëparshme ose kufizimeve shëndetësore | | | |
| A është ekzaminuar ndonjëherë fëmija juaj nga një okulist? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |
| <i>Nëse po:</i> Janë vërejtur ose filluar sa vijon: | | | |
| <input type="checkbox"/> Rezultatet normale | <input type="checkbox"/> U përcaktua për të mbajtur syze | | |
| <input type="checkbox"/> Miopi | <input type="checkbox"/> Hipermetropi | <input type="checkbox"/> Strabizëm | |
| A e keni dërguar fëmijën tuaj te dentisti në 12 muajt e fundit? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |
| Humbje e lindur e dëgjimit | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |
| <i>Nëse po,</i> ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme: | | | |
| Humbja e lindur e dëgjimit | <input type="checkbox"/> në veshin e majtë | <input type="checkbox"/> në veshin e djathtë | <input type="checkbox"/> në të dy veshët |
| Mban aparat dëgjimi | <input type="checkbox"/> në veshin e majtë | <input type="checkbox"/> në veshin e djathtë | <input type="checkbox"/> në të dy veshët |
| Mban implant koklear | <input type="checkbox"/> në veshin e majtë | <input type="checkbox"/> në veshin e djathtë | <input type="checkbox"/> në të dy veshët |
| Çrregullime metabolike/hormonale (vetëm gjetjet mjekësore të diagnostifikuara) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |
| <i>Nëse po, cilat:</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Mungesa e MCAD | <input type="checkbox"/> Hipotirodizmi (i lindur) | | |
| <input type="checkbox"/> PKU | <input type="checkbox"/> AGS | <input type="checkbox"/> Fibroza cistike | <input type="checkbox"/> Diabeti melitus (Lloji 1) |
| <input type="checkbox"/> Të tjera: | | | |
| <i>Mosha në diagnozë:</i> __ __ __ (vjeç / muaj) | | | |
| Sëmundje të tjera kronike: | <input type="checkbox"/> Po (Cilat?): | | <input type="checkbox"/> Jo |
| Aftësi e kufizuar e rëndë: | <input type="checkbox"/> Po (Cilat?): | | <input type="checkbox"/> Jo |
| Mjekimet që duhen marrë rregullisht: | <input type="checkbox"/> Po (Cilat?): | | <input type="checkbox"/> Jo |
| A jeni në dijeni për sëmundjet e fëmijës suaj që kërkojnë procedura të caktuara në situata emergjente (p.sh. alergji, epilepsi, etj.)? | | | |
| <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo | | | |
| <i>Nëse po, cilat?</i> | | | |
| A ka anëtarë të familjes (prindër, vëllezër e motra) me? | | | |
| ▶ një vështirësi në lexim dhe drejtshkrim (disleksia) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |
| ▶ një vështirësi në aritmetikë (diskalkulim) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | |

Përfunduar më: