

## Formulář zdravotní anamnézy

Pokyny pro vyplnění tohoto formuláře:

Dle potřeby prosím vyplňte nebo zaškrtněte

Žádáme Vás o poskytnutí následujících informací, abychom mohli dokončit vstupní školní lékařskou prohlídku a poskytnout Vám kvalifikované poradenství. Zpracování údajů se zakládá mimo jiné na čl. 12 odst. 1 GDG, § 6 odst. 1 č. 1 nařízení o školské zdravotní péči (SchulgespflV). Další informace o zpracování údajů naleznete v informacích o ochraně osobních údajů, které jste obdrželi spolu s pozvánkou ke vstupní školní lékařské prohlídce.

Příjmení dítěte	Křestní jméno dítěte	Datum narození
Počet sourozenců	Státní příslušnost dítěte	Země narození dítěte
Jméno a adresa zákonného zástupce		
Příjmení, jméno: .....		
Telefonní číslo: .....		
Adresa: .....		
<b>Mateřská škola</b>		
Délka docházky do jeslí / mateřské školy (v letech): _____		
Navštěvuje Vaše dítě v současné době mateřskou školu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Typ mateřské školy:		
<input type="checkbox"/> běžná mateřská škola (včetně lesní školky, Montessori atd.) <input type="checkbox"/> přípravná třída základní školy (SVE)		
<input type="checkbox"/> léčebné vzdělávací centrum pro děti (HPT) <input type="checkbox"/> integrační centrum/školka		
<input type="checkbox"/> jiné zařízení (jaké?): _____		
<b>Těhotenství a průběh porodu (informace ve žluté knížce s lékařskými záznamy)</b>		
Porodní hmotnost: I__I__I__I__I gramů Ukončené týdny těhotenství: I__I__I TT <input type="checkbox"/> Vícečetný porod		
<b>Vývoj</b>		
Vývojové poruchy řeči <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Dítě vyrůstá ve vícejazyčném prostředí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Kontakt s německým jazykem <input type="checkbox"/> od narození <input type="checkbox"/> nikoliv od narození		
Pokud nebyl kontakt s německým jazykem od narození, od jakého věku? I__I roků I__I__I měsíců		
Mateřský jazyk rodičů? (Uveďte prosím informace za oba rodiče)		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
Jakými jazyky se u Vás doma mluví?		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
Je Vaše dítě <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> dosud nerozhodnuto		
Řekli byste, že Vaše dítě má celkově potíže v jedné nebo více z následujících oblastí? Nálada (deprese, úzkost, labilita, vznětlivost), soustředění (nevydrží dlouho sedět v klidu, při hlasitém čtení nevydrží poslouchat), chování, interakce s ostatními?		
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Podpůrná opatření nebo terapie				
Účast na přípravném kurzu němčiny	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> plánována
Jazyková terapie (logopedie)	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> dokončena	<input type="checkbox"/> aktuálně stále probíhá	<input type="checkbox"/> plánována
Informace o předchozích onemocněních nebo zdravotních omezeních				
Bylo Vaše dítě někdy vyšetřeno očním lékařem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano: Bylo zjištěno nebo stanoveno následující:</i>				
<input type="checkbox"/> obvyklé nálezy	<input type="checkbox"/> byly předepsány brýle			
<input type="checkbox"/> krátkozrakost (myopie)	<input type="checkbox"/> dalekozrakost (hyperopie)	<input type="checkbox"/> šilhání		
Navštívili jste se svým dítětem v posledních 12 měsících zubaře?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Vrozené těžké sluchové postižení	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, odpovězte prosím na následující otázky:</i>				
Vrozené sluchové postižení	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Nosí naslouchátko	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Má kochleární implantát od	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Metabolické/hormonální poruchy (pouze lékařsky diagnostikované nálezy)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, jaké:</i>				
<input type="checkbox"/> deficit MCAD	<input type="checkbox"/> hypotyreóza (vrozená)			
<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> mukoviscidóza	<input type="checkbox"/> cukrovka (typu 1)	
<input type="checkbox"/> jiné: .....				
<i>Věk v době diagnózy:  __   __ __  (roků/měsíců)</i>				
Jiná chronická onemocnění:	<input type="checkbox"/> ano (jaké?): .....	<input type="checkbox"/> ne		
Těžké zdravotní postižení:	<input type="checkbox"/> ano (jaké?): .....	<input type="checkbox"/> ne		
Pravidelné užívání léků:	<input type="checkbox"/> ano (jaké?): .....	<input type="checkbox"/> ne		
Jste si vědomi nějakých onemocnění Vašeho dítěte, která vyžadují určité postupy v nouzových situacích (např. alergie, epilepsie atd.)?				
	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, jaké? .....</i>				
Vyskytuje se v rodině (rodiče, sourozenci)				
▶porucha čtení a pravopisu (dyslexie)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
▶porucha počítání (dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		

Vyplněno dne: .....