

## Въпросник във връзка с прегледа при търгване на училище

Данните по въпроси 1-13 са необходими на училищния лекар за оценка от училищния лекар/медицинска оценка съгласно §11 на Училищния правилник за обществените начални училища (Schulordnung für öffentliche Grundschulen) в Райнланд-Пфалц. Информацията служи като основа за съвместно обсъждане и определяне на актуалното състояние на развитие на детето. Молим непременно да отговорите на тези въпроси. Неяснотите по отделни въпроси могат да бъдат изяснени в разговор.



<b>1. Данни за семейството</b>			Попълнено на:			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Ден</td> <td style="font-size: 8px;">Месец</td> <td style="font-size: 8px;">Година</td> <td style="font-size: 8px;">а</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>									Ден	Месец	Година	а			
Ден	Месец	Година	а																		
	<b>Дете</b>			<b>Притежател на родителските права 1 (напр. баща/майка)</b>			<b>Притежател на родителските права 2 (напр. баща/майка)</b>														
Фамилно име																					
Собствено име																					
Пол	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>													
Рождена дата	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Ден</td> <td style="font-size: 8px;">Месец</td> <td style="font-size: 8px;">Година</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Ден	Месец	Година				Рождена страна на детето	_____						
Ден	Месец	Година																			
Адрес																					
<b>2. Как е било отглеждано Вашето дете досега? Какви заведения е посещавало?</b>																					
а) До навършване на _____ години и _____ месеца детето се отглеждаше само в семейството.																					
б) След това посещаваше следните заведения: (Възможни са няколко отговора)																					
Детска ясла.....	<input type="checkbox"/>	Детска градина/дневна детска градина	<input type="checkbox"/>	Специална детска градина.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Дневна майка/дневен баща	<input type="checkbox"/>	Интеграционна детска градина.....	<input type="checkbox"/>	Никакви.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
в) В момента детето посещава следното заведение:																					
Ясла.....	<input type="checkbox"/>	Детска градина/ дневна детска градина	<input type="checkbox"/>	Специална детска градина.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Дневна майка/дневен баща	<input type="checkbox"/>	Интеграционна детска градина.....	<input type="checkbox"/>	Никакви.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
<b>3. Кои инфекциозни болести е преболедувало Вашето дете? (Възможни са няколко отговора)</b>																					
Варицела.....	<input type="checkbox"/>	Заушка.....	<input type="checkbox"/>	Салмонела.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Скарлатина.....	<input type="checkbox"/>	Рубеола.....	<input type="checkbox"/>	Борелиоза.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Пета болест.....	<input type="checkbox"/>	Коклюш.....	<input type="checkbox"/>	Енцефалит.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Морбили.....	<input type="checkbox"/>	Хепатит В.....	<input type="checkbox"/>	Ротавирус.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Друго.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Никои.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Ако други, кои?																					
<b>4. Какви остри заболявания са настъпили през последните 12 месеца? (Възможни са няколко отговора)</b>																					
Бронхит.....	<input type="checkbox"/>	Инфекции на пикочния мехур/пикочните пътища.....	<input type="checkbox"/>	Псевдокруп.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Възпалено гърло/тонзилит.....	<input type="checkbox"/>	Пневмония.....	<input type="checkbox"/>	Епилептичен пристъп.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Възпаления на средното ухо...	<input type="checkbox"/>	Фебрилни гърчове.....	<input type="checkbox"/>	Чести инфекции.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Стомашно-чревни инфекции...	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>														
Други.....	<input type="checkbox"/>			Никакви.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Ако други, кои?																					

**5. Детето Ви имало ли е някога следните медицински диагностицирани заболявания или увреждания? (Възможни са няколко отговора) Моля, носете евентуално документи във връзка с това!**

- |                         |                          |  |                          |                                   |                          |
|-------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Алергии.....            | <input type="checkbox"/> | Полипи (аденоиди).....                     | <input type="checkbox"/> | Пристъпи (епилепсия).....         | <input type="checkbox"/> |
| Невродермит.....        | <input type="checkbox"/> | Гръбначни изменения.....                   | <input type="checkbox"/> | Тумор/онкологично заболяване..... | <input type="checkbox"/> |
| Хроничен бронхит.....   | <input type="checkbox"/> | Заболяване на щитовидната жлеза.....       | <input type="checkbox"/> | Ревматизъм.....                   | <input type="checkbox"/> |
| Бронхиална астма.....   | <input type="checkbox"/> | Сърдечни дефекти/сърдечни заболявания..... | <input type="checkbox"/> | Аутизъм.....                      | <input type="checkbox"/> |
| Сенна хрема.....        | <input type="checkbox"/> | Захарен диабет.....                        | <input type="checkbox"/> | Вродено увреждане.....            | <input type="checkbox"/> |
| Хранителни алергии..... | <input type="checkbox"/> | Хрон. инфекции на пикочните пътища.....    | <input type="checkbox"/> | Физическо увреждане.....          | <input type="checkbox"/> |
| Алергични обриви.....   | <input type="checkbox"/> | Синдром на дефицит на вниманието.....      | <input type="checkbox"/> | Умствено увреждане.....           | <input type="checkbox"/> |
| Други.....              | <input type="checkbox"/> | Психични заболявания.....                  | <input type="checkbox"/> | Няма.....                         | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? \_\_\_\_\_

**6. Детето Ви имало ли е през последните 12 месеца следните симптоми или нарушения? (Възможни са няколко отговора)**

- |  |                          |                         |                          |   |                          |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Зрителни увреждания.....                   | <input type="checkbox"/> | Глисти.....             | <input type="checkbox"/> | Хранителни непоносимости.....                       | <input type="checkbox"/> |
| Слухови увреждания.....                    | <input type="checkbox"/> | Наднормено тегло.....   | <input type="checkbox"/> | Двигателно напрежение / хиперактивност.....         | <input type="checkbox"/> |
| Говорни нарушения.....                     | <input type="checkbox"/> | Тегло под нормата.....  | <input type="checkbox"/> | Агресивност.....                                    | <input type="checkbox"/> |
| Забавяне на развитието.....                | <input type="checkbox"/> | Често главоболие.....   | <input type="checkbox"/> | Нарушения в заспиването/съня.....                   | <input type="checkbox"/> |
| Проблеми с концентрацията...               | <input type="checkbox"/> | Чести коремни болки...  | <input type="checkbox"/> | Често хъркане (без инфекции).....                   | <input type="checkbox"/> |
| Нощно напикаване.....                      | <input type="checkbox"/> | Чести болки в краката.. | <input type="checkbox"/> | Дишане през устата/затруднено дишане през носа..... | <input type="checkbox"/> |
| Изпускане по голяма нужда (енкопреза)..... | <input type="checkbox"/> | Страхливост.....        | <input type="checkbox"/> | Изразена сънливост през деня.....                   | <input type="checkbox"/> |
| Други.....                                 | <input type="checkbox"/> |                         |                          | Няма.....   | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? \_\_\_\_\_

**7. При какви лекари или терапевти е било Вашето дете през последните 12 месеца? (Възможни са няколко отговора)**

- |                  |                          |                       |                          |                                  |                          |
|------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Педиатър.....    | <input type="checkbox"/> | Очен лекар.....       | <input type="checkbox"/> | Лечител.....                     | <input type="checkbox"/> |
| Личен лекар..... | <input type="checkbox"/> | УНГ лекар.....        | <input type="checkbox"/> | Детски и юношески психиатър..... | <input type="checkbox"/> |
| Стоматолог.....  | <input type="checkbox"/> | Дерматолог.....       | <input type="checkbox"/> | Психолог / психотерапевт.....    | <input type="checkbox"/> |
| Ортодонт.....    | <input type="checkbox"/> | Уролог.....           | <input type="checkbox"/> | Хирург / ортопед.....            | <input type="checkbox"/> |
| Други.....       | <input type="checkbox"/> | Детски кардиолог..... | <input type="checkbox"/> | Никакви.....                     | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? \_\_\_\_\_

**8. Детето Ви преминало ли е някога някой от следните прегледи или лечения? (Възможни са няколко отговора)**

- |  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Диагностика на развитието.....           | <input type="checkbox"/> | Точни данни (напр. амбулаторна операция: полипи) |
| Рехабилитация или укрепващо лечение..... | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Тест за алергии.....                     | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Амбулаторна операция.....                | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Стационарно болнично лечение.....        | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Никакви прегледи/лечения.....            | <input type="checkbox"/> |  |

**9. Какво лечение или подкрепа е получило детето Ви досега? (Възможни са няколко отговора)**

Говорна терапия/логопедия.....  Ранно стимулиране.....  Педагогическо лечение.....   
 Ерготерапия.....  Помощ за интеграция.....  Психотерапия.....   
 Физиотерапия.....  Възпитателно консултиране.....  Психологическо консултиране.....   
 Ортодонтия. Лечение.....  Семейна помощ (SPFH).....   
 Други.....  Никакво.....   
 Ако друго, какво? \_\_\_\_\_  
 Какви бяха причината/основанията за лечението и/или подкрепата? \_\_\_\_\_  
 Период/продължителност на лечението: \_\_\_\_\_

---

**10. Детето Ви имало ли е някога злополуки или отравяния, които са изисквали медицинско лечение? (Възможни са няколко отговора)**

Злополука у дома.....  Злополука в уличното движение..  Отравяне.....   
 Злополука в детското заведение (напр. детско днешно заведение).....  Злополука на друго място (напр. клуб, гимнастически салон).....  Никакви.....

---

**11. Детето Ви приемало ли е лекарства през последните 12 месеца?**

Да.....  Не.....

Ако да, поради:

	Редовно	При нужда	Име на медикамента
Алергии.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Бронхиална астма.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Епилепсия (пристъпи) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Хиперактивност.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Други хронични заболявания.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Детето Ви има ли евент. нужда от лекарства в училище? Редовно.....  При нужда .....  Не.....

Детето Ви има ли нужда от подкрепа при приема на медикаменти в училище? Да....  Не....  Без прием на медикаменти в училище.....

---

**12. Има ли нещо друго, което бихте искали да ни съобщите за Вашето дете?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**13. Кой отговори на въпросника? (Възможни са няколко отговора)**

Притежател на родителските права 1.....  Баба.....  Приемна майка..  Братя и сестри на детето.....   
 Притежател на родителските права 2.....  Дядо.....  Приемна баща...  Друго лице.....

## Отговорите на въпроси 14-23 са доброволни!

Въпросите служат предимно за съставяне на доклади за здравословното състояние и подпомагане на изследванията във връзка със здравето на децата. Както прегледът при тръгване на училище, така и по-късните прегледи или становища са независими от това. Ако се колебаете, можете да не отговаряте на отделни въпроси. Разбира се, това няма да навреди на Вас или на Вашето дете.

<b>14. Колко дълго е кърмено Вашето дете?</b>			
а) Не е кърмено.....	<input type="checkbox"/> По-малко от 1 месец.....	<input type="checkbox"/> 1-3 месеца.....	<input type="checkbox"/>
4-6 месеца.....	<input type="checkbox"/> Повече от 6 месеца.....	<input type="checkbox"/> Неизвестно.....	<input type="checkbox"/>
б) От ___ месец допълнително хранене (допълнителна храна и/или мляко на прах). Неизвестно..... <input type="checkbox"/>			
<b>15. При кого основно живее детето? (Моля, тук отбележете само с едно кръстче)</b>			
При биологичните родители.....	<input type="checkbox"/>	При приемни родители/осиновители.....	<input type="checkbox"/>
При притежател на родителските права 1 самотен родител.....	<input type="checkbox"/>	При други членове на семейството.....	<input type="checkbox"/>
При притежател на родителските права 2 самотен родител.....	<input type="checkbox"/>	При други хора.....	<input type="checkbox"/>
В доведено семейство или пачуърк семейство .....	<input type="checkbox"/>	В дом.....	<input type="checkbox"/>
На смени (еднакво често при разделените притежатели на родителските права).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>16. Колко деца общо живеят във Вашето домакинство? (включително детето, което трябва да тръгне на училище)</b>			
1 дете	<input type="checkbox"/>	2 деца	<input type="checkbox"/>
3 деца	<input type="checkbox"/>	4 деца	<input type="checkbox"/>
Повече от 4 деца <input type="checkbox"/> , а именно _____ деца.			
<b>17. Кои езици се говорят в дома Ви? (Възможни са няколко отговора)</b>			
Немски.....	<input type="checkbox"/>	Други езици.....	<input type="checkbox"/>
Кои? _____			
<b>18. В коя държава сте роден(а)? (Моля, посочете за двамата притежатели на родителските права)</b>			
Притежател на родителските права 1	В Германия	<input type="checkbox"/>	В друга държава <input type="checkbox"/>
			В коя? _____
Притежател на родителските права 2	В Германия	<input type="checkbox"/>	В друга държава <input type="checkbox"/>
			В коя? _____
<b>19. Какво гражданство имате? (Моля, посочете за детето и за двамата притежатели на родителските права)</b>			
Дете	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
Притежател на родителските права 1	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
Притежател на родителските права 2	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
<b>20. Във Вашето домакинство пуши ли се?</b>			
Никога.....	<input type="checkbox"/>	Понякога.....	<input type="checkbox"/>
		Често.....	<input type="checkbox"/>
<b>21. Кое е най-високото образование, което сте завършили? (Моля, посочете за двамата притежатели на родителските права)</b>			
	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2	
Основно училище/основно училище (Volksschule).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Реално училище (средно образование).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Диплома от техникум, която дава възможност за следване в специализирано ВУЗ (завършен техникум).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Общообразователно средно училище (с матура).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Друг вид завършено училище.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Все още) ходя на училище (ученик).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Училище, завършено без диплома.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Не е посочено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**22. Имате ли завършено професионално образование? Ако да, какво?**

(Моля, посочете само най-високата завършена степен.)

	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2
Обучение (професионално-производствено обучение).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Професионално училище, търговско училище (професионално- училищно обучение).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Техникум (напр. училище за майстори-техници, професионална или специална академия).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Специализирано висше учебно заведение, инженерно училище .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Университет, висше училище.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Завършено друго професионално обучение.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Все още провеждам професионално обучение.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Незавършено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не е посочено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. В каква степен работите понастоящем?**

	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2
Работя на пълно работно време.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Работя отчасти (напр. работа на непълно работно време, почасова работа).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В момента не работя.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>