

**Chestionar pentru părinți pentru examenul medical la începerea școlii**

Medicul școlii are nevoie de informațiile de la întrebările 1-12 pentru evaluarea medicală/școlară conform art. 11 din Regulamentul școlar al școlilor generale publice din landul Renania Palatinat [Rheinland-Pfalz]. Informațiile sunt utilizate ca bază de pornire pentru discuția comună și pentru stabilirea nivelului actual de dezvoltare al copilului. Vă rugăm să răspundeți la aceste întrebări. Neclaritățile referitoare la anumite întrebări pot fi clarificate în cadrul discuției.



**Rheinland-Pfalz**  
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE

**1. Date referitoare la familie**

Data completării:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ziua	Luna	Anul			

	Copilul	Mama	Tatăl
Numele	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prenumele	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>		
Sexul	masculin... <input type="checkbox"/> feminin... <input type="checkbox"/>		
Data nașterii	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ziua Luna Anul	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ziua Luna Anul	Țara de naștere a copilului <input type="text"/>

**2. Ce instituții de învățământ a frecventat copilul dvs. până acum?(Sunt posibile mai multe numiri)**

- Creșă .....  Grădiniță/cămin de zi pentru copii  Grădiniță pentru copii cu nevoi speciale .....   
Centru de îngrijire pe timp de zi .....  Cămin de zi pentru integrarea socială a copiilor .....  Nicio instituție .....

Copilul merge la instituția prezentă de \_\_\_\_ ani și \_\_\_\_ luni.

Vârsta copilului la începutul primei îngrijiri în afara familiei: \_\_\_\_ ani \_\_\_\_ luni.

**3. Ce boli infecțioase a avut copilul deja?**

- Vărsat de vânt .....  Oreion .....  Salmoneloză .....   
Scarlatină .....  Rubeolă .....  Borelioză .....   
Eritrem infecțios .....  Tuse convulsivă .....  Encefalită/Meningită .....   
Rujeolă (Pojar) .....  Hepatită B .....  Rotaviruși .....   
Alte .....  Dacă da, care? \_\_\_\_\_ Niciuna...

**4. Ce boli acute au apărut în ultimele 12 luni?**

- Bronșită .....  Inflamații ale vezicii/tractului urinar .....  Cazuri de pseudocrup .....   
Inflamație gâtului/amigdalelor .....  Aprindere la plămâni .....  Criză epileptică .....   
Otită .....  Convulsii de febră .....  Infecții dese .....   
Infecție digestivă intestinală..   
Alte .....  Dacă da, care? \_\_\_\_\_ Niciuna...

**5. A avut copilul dvs. vreodată următoarele afecțiuni diagnosticate de un medic?**

Vă rugăm să aduceți eventualele documente medicale!

- Alergii .....  Polipi (Vegetații adenoide) .....  Crize epileptice (Epilepsie) .   
Neurodermită .....  Afecțiuni ale coloanei vertebrale  Îmbolnăvire de tumoră/cancer   
Bronșită cronică .....  Afecțiuni ale glandei tiroide ...  Reumatism .....   
Astm bronșic .....  Malformați/afecțiune cardiacă .  Autism .....   
Febra fânului .....  Diabet zaharat .....  Afecțiune congenitală .....   
Alergie la alimente .....  Infecție cronică a căilor urinare .  Handicap fizic .....   
Eruptii cutanate alergice .....  Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție .....  Handicap psihic .....   
Alte .....  Dacă da, care? \_\_\_\_\_ Niciuna...

**6. A avut copilul dvs. în ultimele 12 luni următoarele simptome sau anomalii?**

- |                             |                          |                             |                          |                                                              |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Afecțiuni ale vederii.....  | <input type="checkbox"/> | Paraziți intestinali .....  | <input type="checkbox"/> | Intoleranță la alimente .....                                | <input type="checkbox"/> |
| Afecțiuni ale auzului ..... | <input type="checkbox"/> | Supraponderabilitate .....  | <input type="checkbox"/> | Agitație motorie/hiperactivitate .....                       | <input type="checkbox"/> |
| Probleme de vorbire .....   | <input type="checkbox"/> | Greutate prea mică.....     | <input type="checkbox"/> | Agresivitate .....                                           | <input type="checkbox"/> |
| Dezvoltare întârziată.....  | <input type="checkbox"/> | Dureri de cap frecvente ..  | <input type="checkbox"/> | Dificultăți la adormire/ somn continuu                       | <input type="checkbox"/> |
| Probleme de concentrare..   | <input type="checkbox"/> | Dureri dese de burtă.....   | <input type="checkbox"/> | Sforăit des (fără infecții) .....                            | <input type="checkbox"/> |
| Incontinență urinară.....   | <input type="checkbox"/> | Dureri dese de picioare ... | <input type="checkbox"/> | Respirație pe gură/dificultate<br>la respirația pe nas ..... | <input type="checkbox"/> |
| Incontinența fecală.....    | <input type="checkbox"/> | Anxietate.....              | <input type="checkbox"/> | Oboseală excesivă în timpul zilei.....                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Altele</b> .....         | <input type="checkbox"/> | Dacă da, care? _____        |                          | <b>Niciuna</b> ...                                           | <input type="checkbox"/> |

**7. La ce medici sau terapeuți a fost copilul dvs. în ultimele 12 luni?**

- |                        |                          |                        |                          |                                          |                          |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| Medic pediatru .....   | <input type="checkbox"/> | Medic oftalmolog ..... | <input type="checkbox"/> | Practician al medicinei alternative .... | <input type="checkbox"/> |
| Medic de familie ..... | <input type="checkbox"/> | Medic ORL.....         | <input type="checkbox"/> | Psihiatru pentru copii și tineri .....   | <input type="checkbox"/> |
| Medic dentist .....    | <input type="checkbox"/> | Medic dermatolog ..... | <input type="checkbox"/> | Psiholog.....                            | <input type="checkbox"/> |
| Ortodont .....         | <input type="checkbox"/> | Urolog .....           | <input type="checkbox"/> | Chirurg/Ortoped .....                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>La alții</b> .....  | <input type="checkbox"/> | La care? _____         |                          | <b>Niciuna</b> ...                       | <input type="checkbox"/> |

**8. A fost copilul dvs. supus vreodată următoarelor examinări sau tratamente?**

Informații mai exacte (de ex. operații ambulatorii: polipi)

- |                                           |                          |       |
|-------------------------------------------|--------------------------|-------|
| Diagnoză a dezvoltării.....               | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tratament de reabilitare sau balnear..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Test pentru alergii .....                 | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operație ambulatorie .....                | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tratament staționar în spital .....       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <b>Fără consultații/tratamente</b> .....  | <input type="checkbox"/> |       |

**9. Ce tratamente sau asistență a primit până acum copilul dvs.?**

- |                              |                          |                                   |                          |                                   |                          |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Terapie de vorbire/logopedie | <input type="checkbox"/> | Asistență timpurie .....          | <input type="checkbox"/> | Tratament de educație curativă .. | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapie .....            | <input type="checkbox"/> | Dezvoltarea vorbirii la grădiniță | <input type="checkbox"/> | Psihoterapie .....                | <input type="checkbox"/> |
| Gimnastică medicală .....    | <input type="checkbox"/> | Asistență pentru integrare .....  | <input type="checkbox"/> | Asistență a familiei .....        | <input type="checkbox"/> |
| Tratament ortodontic.....    | <input type="checkbox"/> | Consiliere educațională .....     | <input type="checkbox"/> | Consiliere psihologică .....      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Altele</b> .....          | <input type="checkbox"/> | Dacă da, care? _____              |                          | <b>Niciuna</b> ...                | <input type="checkbox"/> |

**10. A avut copilul dvs. vreodată accidente sau intoxicații care au necesitat tratament medical?**

- |                                   |                          |                          |                          |                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Accident acasă .....              | <input type="checkbox"/> | Accident în trafic ..... | <input type="checkbox"/> | Intoxicație ..... | <input type="checkbox"/> |
| Accident la grădiniță/școală/club | <input type="checkbox"/> | Accident în alt loc..... | <input type="checkbox"/> | <b>Nu</b> .....   | <input type="checkbox"/> |

**11. Copilul dvs. a luat medicamente în ultimul an?**Nu ... Da...

- | Dacă da, pentru              | Regulat                  | La nevoie                | Numele medicamentului |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Alergii .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Astm .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Epilepsie (Crize epileptice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Hiperactivitate .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Alte afecțiuni .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |

**12. Doriți să ne mai spuneți ceva despre copilul dvs.?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Răspunsurile la întrebările 13-22 au un caracter facultativ!**

Aceste întrebări servesc cu precădere la stabilirea situației naționale a sănătății. Nici examenul medical la începerea școlii și nici examenele medicale sau observațiile ulterioare nu depinde de acestea. În caz de incertitudine, puteți să nu răspundeți la anumite întrebări. Desigur că nu vor exista dezavantaje pentru dvs. sau copilul dvs.

**13. Cât timp a fost alăptat copilul dvs.?**

- a. Nu a fost alăptat...       Mai puțin de 1 lună ....       1 - 3 luni .....   
 4 - 6 luni.....       Mai mult de 6 luni.....       Informație necunoscută ...
- b. Până în luna   de viață a fost alăptat exclusiv.      Necunoscut .....

**14. La cine locuiește copilul în principal? (Vă rugăm să bifați o singură variantă)**

- La părinții naturali.....       La cămin .....   
 La mama cu partener/ă.....       La părinții substitutivi/adoptivi.....   
 La mama singură .....       La alți membri ai familiei .....   
 La tatăl cu partener/ă .....       La alte persoane.....   
 La tatăl singur .....

**15. Câți copii trăiesc în total în gospodăria dvs.? (inclusiv copilul care urmează a fi înscris la școală)**

- 1 copil...    2 copii...    3 copii...    4 copii...    Peste 4 copii...    Câți? \_\_\_\_\_

**16. Care sunt limbile vorbite la dvs. în casă? (Sunt posibile numiri multiple)**

- germană ...     alte limbi....     Care? \_\_\_\_\_

**17. În ce țară v-ați născut? (Vă rugăm să menționați pentru ambii părinți)**

- Mama .... În Germania .....     Într-o altă țară .....     În care? \_\_\_\_\_  
 Tatăl .... În Germania .....     Într-o altă țară .....     În care? \_\_\_\_\_

**18. Ce cetățenie aveți? (Vă rugăm să menționați pentru copil și ambii părinți)**

- Copilul.... germană ...     Altă/încă o cetățenie .....     Care? \_\_\_\_\_  
 Mama ..... germană ...     Altă/încă o cetățenie .....     Care? \_\_\_\_\_  
 Tatăl ..... germană ...     Altă/încă o cetățenie .....     Care? \_\_\_\_\_

**19. Se fumează în gospodăria dvs.?**

- Niciodată...    Ocazional...    Frecvent...

**20. Care este cea mai înaltă școală absolvită? (Vă rugăm să menționați pentru ambii părinți!)**

- |                                                   | Mama/Tutoare             | Tatăl/Tutore             |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Școala generală secundară/Școala elementară ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 clase (treapta 2).....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colegiu (absolvirea unei școli postliceale).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liceu (bacalaureat) .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altă școală absolvită .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Încă) în curs de școlarizare (elev).....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Școala absolvită fără diplomă.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Aveți o pregătire profesională finalizată? Dacă da, care?**

(Vă rugăm să menționați doar cea mai înaltă calificare. Vă rugăm să menționați pentru ambii părinți!)

	Mama/Tutoare	Tatăl/Tutore
Ucenicie (pregătire profesională în cadrul întreprinderii) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală profesională, școală comercială (pregătire profesională în cadrul școlii) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală profesională de specialitate (de ex. școala de maiștri și tehnicieni, academia profesională sau specială) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colegiu, școala de subingineri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitate, facultate .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altă pregătire profesională finalizată .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Încă în curs de pregătire profesională .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicio pregătire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Cine a răspuns la chestionar?**

Mama/Tutora .....     Bunica .....     Mama substitutivă ...     Fratele/sora copilului ....   
Tatăl/Tutorele .....     Bunicul .....     Tatăl substitutiv .....     Altă persoană .....