

Questionario per l'esame di ammissione alla scuola

Per la valutazione medica scolastica, al medico scolastico occorrono i dati delle domande 1-13 ai sensi del §11 del Regolamento scolastico per le scuole primarie pubbliche del Renania-Platinato. Queste informazioni servono come base per il colloquio comune e per appurare lo stato di sviluppo attuale del bambino. Si chiede di rispondere in ogni caso a queste domande. Eventuali dubbi in merito a singole domande potranno essere chiariti durante il colloquio.



1. Dati relativi alla famiglia			Compilato il:																	
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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="text-align: center; font-size: 8px;">Giorno</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mese</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Anno</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							Giorno	Mese	Anno								
Giorno	Mese	Anno																		
	Bambino/a			Tutore/Tutrice legale 1 (es. padre/madre)			Tutore/Tutrice legale 2 (es. padre/madre)													
Cognome	_____		_____		_____		_____													
Nome	_____		_____		_____		_____													
Sesso	uomo <input type="checkbox"/> donna <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		uomo <input type="checkbox"/> donna <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		uomo <input type="checkbox"/> donna <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		uomo <input type="checkbox"/> donna <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>													
Data di nascita	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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="text-align: center; font-size: 8px;">Giorno</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mese</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Anno</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							Giorno	Mese	Anno					Paese di nascita del/della bambino/a _____					
Giorno	Mese	Anno																		
Indirizzo	_____																			
2. Che tipo di assistenza ha ricevuto finora il/la Suo/a bambino/a? Quali istituti ha frequentato?																				
a) Il/La bambino/a è stato/a assistito/a esclusivamente in famiglia fino all'età di ____ anni e ____ mesi.																				
b) Poi ha frequentato i seguenti istituti: (scelte multiple possibili)																				
Asilo nido.....	<input type="checkbox"/>	Scuola materna.....	<input type="checkbox"/>	Scuola materna per bisogni speciali.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Assistenza all'infanzia.....	<input type="checkbox"/>	Asilo nido integrativo.....	<input type="checkbox"/>	Nessun istituto.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
c) Attualmente il/la bambino/a frequenta il seguente istituto:																				
Asilo nido.....	<input type="checkbox"/>	Scuola materna.....	<input type="checkbox"/>	Scuola materna per bisogni speciali.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Assistenza all'infanzia.....	<input type="checkbox"/>	Asilo nido integrativo.....	<input type="checkbox"/>	Nessun istituto.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
3. Quali malattie infettive ha già avuto il/la Suo/a bambino/a? (Scelte multiple possibili)																				
Varicella.....	<input type="checkbox"/>	Parotite.....	<input type="checkbox"/>	Salmonella.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Scarlattina.....	<input type="checkbox"/>	Rosolia.....	<input type="checkbox"/>	Borrelia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Eritema infettivo.....	<input type="checkbox"/>	Pertosse.....	<input type="checkbox"/>	Encefalite/meningite.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Morbillo.....	<input type="checkbox"/>	Epatite B.....	<input type="checkbox"/>	Rotavirus.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Altro.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Nessuna.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Se altro, specificare _____																				
4. Quali malattie acute si sono presentate negli ultimi 12 mesi? (Scelte multiple possibili)																				
Bronchite.....	<input type="checkbox"/>	Infezioni della vescica/delle vie urinarie	<input type="checkbox"/>	Pseudocroup (laringite ipoglottica).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Faringite/tonsillite.....	<input type="checkbox"/>	Polmonite.....	<input type="checkbox"/>	Epilessia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Otite media acuta.....	<input type="checkbox"/>	Convulsioni febbrili.....	<input type="checkbox"/>	Infezioni frequenti.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Infezione gastrointestinale.....	<input type="checkbox"/>																			
Altro.....	<input type="checkbox"/>			Nessuna.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Se altro, specificare _____																				

5. Al/Alla Suo/a bambino/a sono mai state diagnosticate malattie o menomazioni dal punto di vista medico? (Scelte multiple possibili) Portare eventuali documenti pertinenti!

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Allergie..... | <input type="checkbox"/> | Polipi (adenoidi)..... | <input type="checkbox"/> | Epilessia..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermite..... | <input type="checkbox"/> | Disturbi spinali..... | <input type="checkbox"/> | Tumore/cancro..... | <input type="checkbox"/> |
| Bronchite cronica..... | <input type="checkbox"/> | Malattia della tiroide..... | <input type="checkbox"/> | Reumatismi..... | <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale..... | <input type="checkbox"/> | Difetti cardiaci/malattie
cardiache..... | <input type="checkbox"/> | Autismo..... | <input type="checkbox"/> |
| Rinite allergica..... | <input type="checkbox"/> | Diabete mellito..... | <input type="checkbox"/> | Menomazione congenita..... | <input type="checkbox"/> |
| Allergie alimentari..... | <input type="checkbox"/> | Infezioni croniche delle vie
urinarie..... | <input type="checkbox"/> | Menomazione fisica..... | <input type="checkbox"/> |
| Eruzioni cutanee allergiche..... | <input type="checkbox"/> | Disturbo dell'attenzione..... | <input type="checkbox"/> | Menomazione mentale..... | <input type="checkbox"/> |
| Altro..... | <input type="checkbox"/> | Malattie fisiche..... | <input type="checkbox"/> | Nessuna..... | <input type="checkbox"/> |

Se altro, specificare _____

6. Il/La Suo/a bambino/a ha presentato i seguenti sintomi o le seguenti menomazioni negli ultimi 12 mesi? (Scelte multiple possibili)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Menomazioni visive..... | <input type="checkbox"/> | Malattie da vermi..... | <input type="checkbox"/> | Intolleranze alimentari..... | <input type="checkbox"/> |
| Menomazioni dell'udito..... | <input type="checkbox"/> | Sovrappeso..... | <input type="checkbox"/> | Irrequietezza/iperattività motoria..... | <input type="checkbox"/> |
| Problemi di linguaggio..... | <input type="checkbox"/> | Sottopeso..... | <input type="checkbox"/> | Aggressività..... | <input type="checkbox"/> |
| Ritardi dello sviluppo..... | <input type="checkbox"/> | Mal di testa frequenti.... | <input type="checkbox"/> | Difficoltà ad addormentarsi/disturbi
del sonno..... | <input type="checkbox"/> |
| Disturbo della concentrazione.. | <input type="checkbox"/> | Dolori addominali
frequenti..... | <input type="checkbox"/> | Russamento frequente (senza
infezioni)..... | <input type="checkbox"/> |
| Enuresi..... | <input type="checkbox"/> | Dolori alle gambe
frequenti..... | <input type="checkbox"/> | Respirazione orale/respirazione nasale
ostruita..... | <input type="checkbox"/> |
| Encopresi..... | <input type="checkbox"/> | Ansia..... | <input type="checkbox"/> | Sonnolenza diurna
pronunciata..... | <input type="checkbox"/> |
| Altro..... | <input type="checkbox"/> | | | Nessuna..... | <input type="checkbox"/> |

Se altro, specificare _____

7. Da quali medici o terapeuti/e è stato/a il/la Suo/a bambino/a negli ultimi 12 mesi? (Scelte multiple possibili)

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Pediatra..... | <input type="checkbox"/> | Oculista..... | <input type="checkbox"/> | Naturopata..... | <input type="checkbox"/> |
| Medico di famiglia
..... | <input type="checkbox"/> | Otorinolaringoiatria..... | <input type="checkbox"/> | Psichiatra per l'infanzia e
l'adolescenza..... | <input type="checkbox"/> |
| Dentista | <input type="checkbox"/> | Dermatologo/a
..... | <input type="checkbox"/> | Psicologo/a / psicoterapeuta..... | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontista..... | <input type="checkbox"/> | Urologo/a..... | <input type="checkbox"/> | Chirurgo/a /
ortopedico/a..... | <input type="checkbox"/> |
| Altro..... | <input type="checkbox"/> | Cardiologo/a
infantile..... | <input type="checkbox"/> | Nessuna..... | <input type="checkbox"/> |

Se altro, specificare _____

8. Il/La Suo/a bambino è mai stato/a sottoposto/a alle seguenti analisi o ai seguenti trattamenti? (Scelte multiple possibili)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Diagnostica dello sviluppo..... | <input type="checkbox"/> | Dettagli (es. operazione ambulatoriale: polipi) |
| Riabilitazione o soggiorno termale..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Prove allergiche..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operazione ambulatoriale..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Trattamento ospedaliero..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nessun'analisi/nessun trattamento..... | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Quali trattamenti o supporti ha ricevuto finora il/a Suo/a bambino/a? (Scelte multiple possibili)

Logopedia.....	<input type="checkbox"/>	Integrazione precoce.....	<input type="checkbox"/>	Trattamento pedagogico correttivo.....	<input type="checkbox"/>
Ergoterapia.....	<input type="checkbox"/>	Assistenza all'integrazione.	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia.....	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia.....	<input type="checkbox"/>	Consulenza educativa.....	<input type="checkbox"/>	Consulenza psicologica.....	<input type="checkbox"/>
Trattamento ortodontico.....	<input type="checkbox"/>			Aiuto familiare (sostegno socio-educativo alla famiglia).....	<input type="checkbox"/>
Altro.....	<input type="checkbox"/>			Nessuno.....	<input type="checkbox"/>

Se altro, specificare _____

Quali erano le cause/i motivi del trattamento e/o del supporto? _____

Periodo/durata del trattamento: _____

10. Il/La Suo/a bambino/a è mai stato/a vittima di incidenti o avvelenamenti che abbiano richiesto trattamenti medici? (Scelte multiple possibili)

Incidente a casa.....	<input type="checkbox"/>	Incidente stradale.....	<input type="checkbox"/>	Avvelenamento.....	<input type="checkbox"/>
Incidente in un istituto di assistenza (es. asilo nido).....	<input type="checkbox"/>	Incidente presso un altro luogo (es. associazione, palestra).....	<input type="checkbox"/>	Nessuno.....	<input type="checkbox"/>

11. Il/La Suo/a bambino/a ha assunto farmaci negli ultimi 12 mesi?

Sì..... No.....

Se sì, per via di:

	Regolarmente	All'occorrenza	Nome del farmaco
Allergie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma bronchiale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilessia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Iperattività.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altre malattie croniche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Il/La Suo/a bambino/a ha bisogno di prendere farmaci a scuola? Regolarmente..... All'occorrenza..... No.....

Il/La Suo/a bambino/a ha bisogno di supporto a scuola per l'assunzione di farmaci? Sì.... No.... Nessuna assunzione di farmaci a scuola.....

12. Desidera comunicarci altro sul/sulla Suo/a bambino/a?

13. Chi ha risposto al questionario? (Scelte multiple possibili)

Tutore/Tutrice legale 1....	<input type="checkbox"/>	Nonna.....	<input type="checkbox"/>	Madre adottiva....	<input type="checkbox"/>	Fratello/sorella del/della bambino/a.....	<input type="checkbox"/>
Tutore/Tutrice legale 2....	<input type="checkbox"/>	Nonno.....	<input type="checkbox"/>	Padre adottivo....	<input type="checkbox"/>	Altra persona.....	<input type="checkbox"/>

Le risposte alle domande 14- 23 sono volontarie!

Queste domande servono principalmente alla redazione di un rapporto sanitario e aiutano la ricerca sulla salute infantile. Queste non hanno alcun influsso sull'esame di ammissione alla scuola né sulle analisi o sulle dichiarazioni successive. In caso di dubbio, è possibile lasciare vuote singole domande. Questo non svantaggerà in alcun modo Lei o il/la Suo/a bambino/a.

14. Per quanto tempo ha allattato il/la Suo/a bambino/a?			
a) Non ho allattato.....	<input type="checkbox"/>	Meno di 1 mese.....	<input type="checkbox"/>
4-6 mesi.....	<input type="checkbox"/>	Più di 6 mesi.....	<input type="checkbox"/>
b) A partire dal ____ mese di vita è stato/a svezzato/a (alimenti complementari e/o latte in polvere).		Non noto.....	<input type="checkbox"/>
15. Con chi vive principalmente il/la bambino/a? (Apporre solo una crocetta)			
Con i genitori biologici.....	<input type="checkbox"/>	Con i genitori adottivi.....	<input type="checkbox"/>
Con il tutore/la tutrice legale 1 single.....	<input type="checkbox"/>	Con altri familiari.....	<input type="checkbox"/>
Con il tutore/la tutrice legale 2 single.....	<input type="checkbox"/>	Con altre persone.....	<input type="checkbox"/>
In una famiglia allargata o mista	<input type="checkbox"/>	In orfanotrofio.....	<input type="checkbox"/>
In un modello alternato (con i tutori/le tutrici legali separati/e nella medesima frequenza).....			<input type="checkbox"/>
16. Quanti bambini/e vivono nella Sua famiglia (incluso/a il/la bambino/a da ammettere a scuola)?			
1 bambin o/a	<input type="checkbox"/>	2 bambini/ e	<input type="checkbox"/>
3 bambini/ e	<input type="checkbox"/>	4 bambini/ e	<input type="checkbox"/>
Più di 4 bambini/e,	<input type="checkbox"/>	ossia ____ bambini/e.	
17. Quali lingue vengono parlate a casa? (Scelte multiple possibili)			
Tedesco.....	<input type="checkbox"/>	Altre lingue.....	<input type="checkbox"/>
Quali? _____			
18. In che Paese è nato/a Lei? (Da indicare per entrambi/e i tutori/le tutrici legali)			
Tutore/Tutrice legale* 1	In Germania	<input type="checkbox"/>	In un altro Paese
		<input type="checkbox"/>	Quale? _____
Tutore/Tutrice legale* 2	In Germania	<input type="checkbox"/>	In un altro Paese
		<input type="checkbox"/>	Quale? _____
19. Che cittadinanza avete? (Da indicare per il/la bambino/a ed entrambi/e i tutori/le tutrici legali)			
Bambino	Tedesco	<input type="checkbox"/>	Altra nazionalità
		<input type="checkbox"/>	Quale? _____
Tutore/Tutrice legale* 1	Tedesco	<input type="checkbox"/>	Altra nazionalità
		<input type="checkbox"/>	Quale? _____
Tutore/Tutrice legale* 2	Tedesco	<input type="checkbox"/>	Altra nazionalità
		<input type="checkbox"/>	Quale? _____
20. A casa Sua si fuma?			
Mai.....	<input type="checkbox"/>	Occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>
		Spesso.....	<input type="checkbox"/>
21. Qual è il titolo di studio più elevato conseguito? (Da indicare per entrambi/e i tutori/le tutrici legali)			
		Tutore/Tutrice legale* 1	Tutore/Tutrice legale* 2
Qualifica professionale (<i>Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma professionale (<i>Realschulabschluss / Mittlere Reife</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma per accedere all'università tecnica (Diploma di istituto tecnico) (<i>Fachhochschulreife</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma di maturità (<i>Abitur</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro titolo scolastico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Alunno/a ancora) in formazione scolastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola conclusa senza conseguimento di un titolo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N/A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ha concluso una formazione professionale? Se sì, quale?

(Indicare solo il titolo di studio più elevato)

	Tutore/Tutrice legale* 1	Tutore/Tutrice legale* 2
Apprendistato (formazione professionale-aziendale).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola professionale, scuola di commercio (formazione scolastica- professionale).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola tecnica (es. scuola tecnica per maestri artigiani, accademia professionale o tecnica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Università tecnica, Scuola di ingegneria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Università, Scuola universitaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro titolo di formazione.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ancora in formazione professionale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun titolo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N/A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Che tipo di occupazione ha attualmente?

	Tutore/Tutrice legale* 1	Tutore/Tutrice legale* 2
Occupazione a tempo pieno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupazione a tempo parziale (es. lavoro part-time, a ore).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna occupazione attuale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>