

Анкета для медичного обстеження перед вступом до школи

Відповіді на питання 1-13 необхідні шкільному лікарю для складання медико-педагогічного / лікарського висновку відповідно до § 11 шкільного статуту державних початкових шкіл федеральної землі Рейнланд-Пфальц. Ці відомості слугують основою для подальшої співбесіди та спільного визначення поточного рівня розвитку дитини. Відповіді на ці питання ми просимо дати в будь-якому разі. Неясні моменти з окремих питань можна буде уточнити під час співбесіди.



1. Відомості про сім'ю			Дата заповнення:			<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 colspan="2">день</td> <td colspan="2">місяць</td> <td colspan="2">рік</td> </tr> </table>									день		місяць		рік	
день		місяць		рік																
	Дитина		Володар батьківських прав 1 (напр., батько / мати)		Володар батьківських прав 2 (напр., батько / мати)															
Прізвище	_____		_____		_____															
Ім'я	_____		_____		_____															
Стать	чоловіча <input type="checkbox"/> жіноча <input type="checkbox"/> інша <input type="checkbox"/>		чоловіча <input type="checkbox"/> жіноча <input type="checkbox"/> інша <input type="checkbox"/>		чоловіча <input type="checkbox"/> жіноча <input type="checkbox"/> інша <input type="checkbox"/>															
Дата народження	<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 colspan="2">день</td> <td colspan="2">місяць</td> <td colspan="2">рік</td> </tr> </table>							день		місяць		рік			Країна народження дитини _____					
день		місяць		рік																
Адреса	_____																			
2. Який догляд за вашою дитиною був досі? Які заклади він відвідував?																				
а) Дитина виховувалася виключно в сім'ї до досягнення віку ____ років і ____ місяців.																				
б) Після цього дитина відвідувала такі заклади: (можливо кілька варіантів відповідей)																				
Ясла.....	<input type="checkbox"/>	Дитячий садок / дошкільний освітній заклад.....	<input type="checkbox"/>	Допоміжний дитячий садок.....	<input type="checkbox"/>															
Центр денного догляду за дітьми.....	<input type="checkbox"/>	Інклюзивна дошкільний освітній заклад.....	<input type="checkbox"/>	Жодних закладів.....	<input type="checkbox"/>															
в) Наразі дитина відвідує такий заклад:																				
Ясла.....	<input type="checkbox"/>	Дитячий садок / дошкільний освітній заклад.....	<input type="checkbox"/>	Допоміжний дитячий садок.....	<input type="checkbox"/>															
Центр денного догляду за дітьми.....	<input type="checkbox"/>	Інклюзивна дошкільний освітній заклад.....	<input type="checkbox"/>	Жодних закладів.....	<input type="checkbox"/>															
3. Які інфекційні захворювання вже перенесла ваша дитина? (можливо кілька варіантів відповідей)																				
Вітряна віспа.....	<input type="checkbox"/>	Епідемічний паротит.....	<input type="checkbox"/>	Сальмонели.....	<input type="checkbox"/>															
Скарлатина.....	<input type="checkbox"/>	Краснуха.....	<input type="checkbox"/>	Бореліоз.....	<input type="checkbox"/>															
Інфекційна еритема.....	<input type="checkbox"/>	Кашлюк.....	<input type="checkbox"/>	Енцефаліт / менінгіт.....	<input type="checkbox"/>															
Кір.....	<input type="checkbox"/>	Гепатит В.....	<input type="checkbox"/>	Ротавіруси.....	<input type="checkbox"/>															
Інші.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Жодні.....	<input type="checkbox"/>															
Wenn andere, welche? _____																				
4. Які гострі захворювання спостерігалися протягом останніх 12 місяців? (можливо кілька варіантів відповідей)																				
Бронхіт.....	<input type="checkbox"/>	Цистит / запалення сечовивідних шляхів.....	<input type="checkbox"/>	Напад несправжнього крупа.....	<input type="checkbox"/>															
Ангіна / тонзиліт.....	<input type="checkbox"/>	Запалення легенів.....	<input type="checkbox"/>	Церебральний напад.....	<input type="checkbox"/>															
Середні отити.....	<input type="checkbox"/>	Фебрильні судоми.....	<input type="checkbox"/>	Часті інфекції.....	<input type="checkbox"/>															
Шлунково-кишкові інфекції....	<input type="checkbox"/>																			
Інші.....	<input type="checkbox"/>			Жодні.....	<input type="checkbox"/>															
Якщо інші, то які? _____																				

5. Чи були у вашої дитини такі, діагностовані лікарем, захворювання або порушення? (можливо кілька варіантів відповідей). Будь ласка, візьміть із собою всі інформативні документи!

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Алергії..... | <input type="checkbox"/> | Поліпи (аденоїди)..... | <input type="checkbox"/> | Судомні напади (епілепсія).. | <input type="checkbox"/> |
| Нейродерміт..... | <input type="checkbox"/> | Захворювання хребта..... | <input type="checkbox"/> | Пухлини / ракові захворювання..... | <input type="checkbox"/> |
| Хронічний бронхіт..... | <input type="checkbox"/> | Захворювання щитовидної залози..... | <input type="checkbox"/> | Ревматизм..... | <input type="checkbox"/> |
| Бронхіальна астма..... | <input type="checkbox"/> | Вади серця / серцеві захворювання..... | <input type="checkbox"/> | Аутизм..... | <input type="checkbox"/> |
| Сінна лихоманка..... | <input type="checkbox"/> | Цукровий діабет..... | <input type="checkbox"/> | Вроджений розлад..... | <input type="checkbox"/> |
| Харчові алергії..... | <input type="checkbox"/> | Хронічні інфекції сечовивідних шляхів..... | <input type="checkbox"/> | Фізичний розлад..... | <input type="checkbox"/> |
| Алергічні висипання на шкірі.. | <input type="checkbox"/> | Синдром дефіциту уваги..... | <input type="checkbox"/> | Психічний розлад..... | <input type="checkbox"/> |
| Інші..... | <input type="checkbox"/> | Психічні захворювання..... | <input type="checkbox"/> | Жодні..... | <input type="checkbox"/> |
- Wenn andere, welche? _____

6. Чи спостерігалися у вашої дитини такі симптоми або порушення протягом останніх 12 місяців? (можливо кілька варіантів відповідей)

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Порушення зору..... | <input type="checkbox"/> | Гельмінтози..... | <input type="checkbox"/> | Харчова непереносимість..... | <input type="checkbox"/> |
| Порушення слуху..... | <input type="checkbox"/> | Надмірна вага..... | <input type="checkbox"/> | Рухове занепокоєння / гіперактивність..... | <input type="checkbox"/> |
| Проблеми з мовленням..... | <input type="checkbox"/> | Недостатня вага..... | <input type="checkbox"/> | Агресивність..... | <input type="checkbox"/> |
| Затримки в розвитку..... | <input type="checkbox"/> | Часті головні болі..... | <input type="checkbox"/> | Порушення засинання / підтримання сну..... | <input type="checkbox"/> |
| Порушення концентрації уваги | <input type="checkbox"/> | Часті болі в животі..... | <input type="checkbox"/> | Часте хропіння (за відсутності інфекції) | <input type="checkbox"/> |
| Нічне нетримання сечі..... | <input type="checkbox"/> | Часті болі в ногах..... | <input type="checkbox"/> | Дихання через рот / утруднене носове дихання..... | <input type="checkbox"/> |
| Енкопрез..... | <input type="checkbox"/> | Тривожність..... | <input type="checkbox"/> | Виражена денна сонливість..... | <input type="checkbox"/> |
| Інші..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Жодні..... | <input type="checkbox"/> |
- Якщо інші, то які? _____

7. У яких лікарів або терапевтів була ваша дитина на прийомі за останні 12 місяців? (можливо кілька варіантів відповідей)

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Педіатр..... | <input type="checkbox"/> | Окуліст..... | <input type="checkbox"/> | Натуротерапевт..... | <input type="checkbox"/> |
| Сімейний лікар..... | <input type="checkbox"/> | Отоларинголог..... | <input type="checkbox"/> | Дитячий та підлітковий психіатр..... | <input type="checkbox"/> |
| Стоматолог..... | <input type="checkbox"/> | Дерматолог..... | <input type="checkbox"/> | Психолог / психотерапевт..... | <input type="checkbox"/> |
| Ортодонт..... | <input type="checkbox"/> | Уролог..... | <input type="checkbox"/> | Хірург / ортопед..... | <input type="checkbox"/> |
| Інші..... | <input type="checkbox"/> | Дитячий кардіолог..... | <input type="checkbox"/> | Жодні..... | <input type="checkbox"/> |
- Якщо інші, то які? _____

8. Чи проходила ваша дитина такі обстеження або лікування? (можливо кілька варіантів відповідей)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Діагностика розвитку..... | <input type="checkbox"/> | Точні відомості (наприклад, амбулаторна операція: поліпи) |
| Відновлювальне або санаторно-курортне лікування..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Тест на алергію..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Амбулаторна операція..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Стаціонарне лікування..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Жодних обстежень / лікувань..... | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Які лікувальні чи підтримувальні процедури ваша дитина досі проходила? (можливо кілька варіантів відповідей)

Лікування порушень мовлення / логотерапія.....	<input type="checkbox"/>	Раннее развитие.....	<input type="checkbox"/>	Лікувально-педагогічна допомога.....	<input type="checkbox"/>
Ерготерапія.....	<input type="checkbox"/>	Допомога в інтеграції.....	<input type="checkbox"/>	Психотерапія.....	<input type="checkbox"/>
Фізіотерапія.....	<input type="checkbox"/>	Консультація з питань виховання дітей.....	<input type="checkbox"/>	Психологічне консультування.....	<input type="checkbox"/>
Ортодонтичне лікування.....	<input type="checkbox"/>			Соціальна служба допомоги сім'ї (SPFH).....	<input type="checkbox"/>
Інші.....	<input type="checkbox"/>			Жодні.....	<input type="checkbox"/>

Якщо інші, то які? _____

Які були причини / приводи для лікувальних та (або) підтримувальних процедур? _____

Період / тривалість процедури: _____

10. Чи траплялися з вашою дитиною нещасні випадки або отруєння, які вимагали медичної допомоги? (можливо кілька варіантів відповідей)

Нещасний випадок вдома.....	<input type="checkbox"/>	Нещасний випадок на дорозі.....	<input type="checkbox"/>	Отруєння.....	<input type="checkbox"/>
Нещасний випадок в закладі з догляду за дітьми (наприклад, в дитячому садку)	<input type="checkbox"/>	Нещасний випадок в іншому місці (наприклад, в спортивному клубі, спортзалі).....	<input type="checkbox"/>	Жодні.....	<input type="checkbox"/>

11. Чи приймала ваша дитина будь-які ліки протягом останніх 12 місяців?

Так..... Ні.....

Якщо так, то з причини:

	Регулярно	За необхідності	Назва препарату
Алергії.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Бронхіальна астма.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Епілепсія (судомні напади).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Гіперактивність.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Інші хронічні захворювання.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Чи потрібно вашій дитині приймати будь-які ліки в школі? Регулярно..... За необхідності... Ні.....

Чи потрібна вашій дитині допомога в школі під час приймання ліків? Так.. Ні..... Не буде приймати ліки в школі.....

12. Чи хочете ви повідомити ще що-небудь про свою дитину?

13. Хто відповідав на запитання анкети? (можливо кілька варіантів відповідей)

Володар батьківських прав 1.....	<input type="checkbox"/>	Баба.....	<input type="checkbox"/>	Прийомна мати...	<input type="checkbox"/>	Брат або сестра дитини...	<input type="checkbox"/>
Володар батьківських прав 2.....	<input type="checkbox"/>	Дід.....	<input type="checkbox"/>	Прийомний батько.....	<input type="checkbox"/>	Інша людина.....	<input type="checkbox"/>

Відповіді на питання 14-23 є добровільними!

Ці питання слугують насамперед для складання звітності в галузі охорони здоров'я та підтримки досліджень в галузі дитячого здоров'я. Як медичне обстеження перед вступом до школи, так і подальші обстеження чи висновки не залежать від відповідей на ці запитання. В разі сумнівів можна не відповідати на окремі питання. Для вас і вашої дитини це, зрозуміло, не матиме жодних негативних наслідків.

14. Як довго ваша дитина перебувала на грудному вигодовуванні?		
a) Не був на грудному вигодовуванні.....	<input type="checkbox"/> Менше 1 місяця.....	<input type="checkbox"/> 1-3 місяці..... <input type="checkbox"/>
4-6 місяців.....	<input type="checkbox"/> Понад 6 місяців.....	<input type="checkbox"/> Невідомо..... <input type="checkbox"/>
b) 3 ___ місяця життя отримував додаткове харчування (прикорм та (або) молочну суміш)		Невідомо..... <input type="checkbox"/>
15. З ким переважно проживає дитина? (будь ласка, поставте тут тільки один хрестик)		
З рідними батьками.....	<input type="checkbox"/> З патронатними / прийомними батьками.....	<input type="checkbox"/>
З володарем батьківських прав 1 (одинаком).....	<input type="checkbox"/> З іншими членами сім'ї.....	<input type="checkbox"/>
З володарем батьківських прав 2 (одинаком).....	<input type="checkbox"/> З іншими людьми.....	<input type="checkbox"/>
В прийомній сім'ї або клаптиковій сім'ї.....	<input type="checkbox"/> В дитячому будинку.....	<input type="checkbox"/>
Поперемінно (однаково часто з власниками батьківських прав, які проживають окремо).....		<input type="checkbox"/>
16. Скільки дітей загалом проживає у вашому домогосподарстві? (включно з дитиною, яка буде зарахована до школи)		
1 дитина <input type="checkbox"/>	2 дитини <input type="checkbox"/>	3 дитини <input type="checkbox"/>
4 дитини <input type="checkbox"/>	Понад 4 дітей <input type="checkbox"/>	, а именно ___ дітей.
17. Якими мовами розмовляють вдома? (можливо кілька варіантів відповідей)		
Німецькою..... <input type="checkbox"/>	Іншими мовами.....	<input type="checkbox"/> Якими? _____
18. В якій країні ви народилися? (прохання вказати для обох володарів батьківських прав)		
Володар батьківських прав 1	В Німеччині <input type="checkbox"/>	В іншій країні <input type="checkbox"/>
		В якій саме? _____
Володар батьківських прав 2	В Німеччині <input type="checkbox"/>	В іншій країні <input type="checkbox"/>
		В якій саме? _____
19. Яке у вас громадянство? (прохання вказати для дитини та обох володарів батьківських прав 1)		
Дитина	Німецьке <input type="checkbox"/>	Інше / друге громадянство <input type="checkbox"/>
		Яке? _____
Володар батьківських прав 1	Німецьке <input type="checkbox"/>	Інше / друге громадянство <input type="checkbox"/>
		Яке? _____
Володар батьківських прав 2	Німецьке <input type="checkbox"/>	Інше / друге громадянство <input type="checkbox"/>
		Яке? _____
20. У вас вдома курять?		
Ніколи..... <input type="checkbox"/>	Іноді.....	<input type="checkbox"/> Часто..... <input type="checkbox"/>
21. Яке у вас свідоцтво про закінчення школи (вищий ступінь)? (прохання вказати для обох володарів батьківських прав)		
	Володар батьківських прав 1	Володар батьківських прав 2
Свідоцтво про закінчення основної школи / свідоцтво про закінчення народної школи.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Свідоцтво про закінчення реальної школи (середня освіта).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Атестат професійної зрілості (закінчення середнього спеціального навчального закладу).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Атестат зрілості (повна середня освіта).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше свідоцтво про закінчення школи.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ще) здобуваю шкільну освіту (школяр).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Закінчив школу, не отримавши свідоцтва про освіту.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Без відповіді.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. У вас є закінчена професійна освіта? Якщо так, то яка?

(будь ласка, вкажіть тільки найвищу кваліфікацію)

	Володар батьківських прав 1	Володар батьківських прав 2
Виробниче навчання (професійне навчання на підприємстві).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Професійне училище, комерційне училище (професійне навчання в школі).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Технічне училище (наприклад, ремісничо-технічна школа, професійна або технічна академія)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спеціальний вищий навчальний заклад, вища інженерна школа.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Університет, вищий навчальний заклад.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше свідоцтво про професійну освіту.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ще здобуваю професійну освіту.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Немає свідоцтва про професійну освіту.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Без відповіді.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Якою мірою ви наразі працевлаштовані?

	Володар батьківських прав 1	Володар батьківських прав 2
Працевлаштований на повний робочий день.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частково зайнятий (наприклад, неповний робочий день, погодинна робота).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На даний час не працевлаштований.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>