

## Анамнестична анкета

Інструкції щодо заповнення цієї анкети: Заповніть необхідні поля або поставте хрестик ☒

Просимо вас надати наступну інформацію, щоб ми могли провести медичне обстеження для вступу до школи у повному обсязі і надати вам кваліфіковану консультацію. Обробка даних ґрунтується, зокрема, на пункті 1, статті 12 Закону про службу охорони здоров'я (GDG), пункті 1, параграфу 6 Розпорядження про шкільну гігієну (SchulgespflV). Додаткову інформацію про обробку даних можна знайти в інформації про захист даних, яку ви отримали разом із запрошенням на медичне обстеження для вступу до школи.

Прізвище дитини	Ім'я дитини	Дата народження
Кількість братів і сестер	Громадянство дитини	Країна народження дитини
Прізвище, ім'я та адреса законного опікуна Прізвище, ім'я ..... Прізвище, ім'я ..... Номер тел. .... Номер тел. .... Адреса .....		
<b>дитячий садок</b>		
Тривалість відвідування ясел/ясел-садка/дитячого садка (у роках) : _____		
Ваша дитина відвідує зараз дитячий садок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Вид дитячого садка: <input type="checkbox"/> Звичайний дитячий садок (зокрема лісовий дитячий садок, садок за методикою Монтесорі тощо) <input type="checkbox"/> Центр підготовки до школи (SVE) <input type="checkbox"/> Денний центр лікувальної освіти (НПТ) <input type="checkbox"/> Місце в інтеграційній групі / інтеграційний дитячий садок <input type="checkbox"/> Інше (що саме?) : _____		
<b>Перебіг вагітності і пологів (дані в жовтому зошиті)</b>		
Вага при народженні:  _ _ _ _ _  Грам		
повні тижні вагітності:  _ _  тижнів вагітності		
<input type="checkbox"/> Багатоплідні пологи		
<b>Розвиток</b>		
Дефекти мови в процесі розвитку <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Дитина росте в багатомовному середовищі <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Контакт з німецькою мовою <input type="checkbox"/> з моменту народження <input type="checkbox"/> не з моменту народження Якщо контакту з німецькою мовою не було з моменту народження, то в якому віці він розпочався?  _ _  років  _ _ _  місяців		
Рідна мова батьків (вказіть для обох батьків)? <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____ <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____		
Якими мовами розмовляють у вас вдома? <input type="checkbox"/> Німецька <input type="checkbox"/> Інша (яка?): _____		
Ваша дитина <input type="checkbox"/> правша <input type="checkbox"/> лівша <input type="checkbox"/> ще не визначилася		
Чи можете ви сказати, що загалом у вашої дитини є труднощі в одній або кількох з наступних областей: настрої (пригнічений, тривожний, нестабільний, запальний), концентрація (не може довго сидіти на місці, не слухає терпеливо під час читання вголос), поведінка, взаємодія з іншими людьми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		

Заходи щодо надання допомоги або лікування			
Проходження вступного курсу німецької мови	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> планується
Логотерапія (логопедія)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> завершена	<input type="checkbox"/> триває в даний час <input type="checkbox"/> планується
Інформація про перенесені раніше захворювання або обмеження за станом здоров'я			
Чи проходила ваша дитина коли-небудь огляд в офтальмолога?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так:</i> було виявлено або призначено наступне:			
<input type="checkbox"/> Зір у нормі	<input type="checkbox"/> Виписані окуляри		
<input type="checkbox"/> Короткозорість (міопія)	<input type="checkbox"/> Далекозорість (гіперопія)	<input type="checkbox"/> Косоокість	
Чи водили ви свою дитину до стоматолога впродовж останніх 12 місяців?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
Вроджені важкі порушення слуху	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так,</i> дайте відповідь на такі запитання:			
Вроджене порушення слуху	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Використання слухового апарата	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Використання кохлеарного імплантату	<input type="checkbox"/> зліва	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> з обох сторін
Порушення обміну речовин / гормональні порушення (тільки дані медичної діагностики)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так, то які:</i> <input type="checkbox"/> Дефіцит MCAD <input type="checkbox"/> Гіпотиреоз (вроджений)			
<input type="checkbox"/> ФКУ <input type="checkbox"/> АГС <input type="checkbox"/> Муковісцидоз <input type="checkbox"/> Цукровий діабет (тип 1)			
<input type="checkbox"/> Інші: .....			
<i>Вік на момент встановлення діагнозу:</i>  __   __   __  (років / місяців)			
Інші хронічні захворювання:	<input type="checkbox"/> Так (які?): .....	<input type="checkbox"/> Ні	
Важка інвалідність:	<input type="checkbox"/> Так (які?): .....	<input type="checkbox"/> Ні	
Ліки, які необхідно приймати регулярно:	<input type="checkbox"/> Так (які?): .....	<input type="checkbox"/> Ні	
Чи знаєте ви про які-небудь захворювання вашої дитини, які вимагають виконання певних процедур в екстрених ситуаціях (наприклад, алергія, епілепсія тощо)?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
<i>Якщо Так, то яких?</i> .....			
Чи спостерігалися у членів сім'ї (батьки, брати і сестри)			
▶ порушення читання і письма (легастенія)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	
▶ порушення рахунку (акалькулія)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	

Заповнено: .....

### Добровільна інформація від законних опікунів

Наступна інформація надається у добровільному порядку. Проте, ваша інформація є важливою для подальшої розробки профілактичних заходів. Додаткову інформацію про обробку даних можна знайти в **інформації про захист даних**, яку ви отримали разом із запрошенням на медичне обстеження для вступу до школи.

Ваші відповіді будуть передані до Земельного відомства у справах охорони здоров'я і безпеки продуктів харчування (LGL) в анонімній формі. Якщо ви відкличете свою згоду, повідомивши про це управління охорони здоров'я перед тим, як ваші дані будуть передані до LGL, то ці дані не будуть передані до LGL. Якщо ви відкличете свою згоду після того, як ваші дані були передані до LGL, то можливо, що ваші дані вже було об'єднано з іншими даними і оброблено у знеособленому вигляді, і тому відклик не можливо буде зробити.

#### Заява про згоду:

Як законні опікуни / законний опікун

прізвище та ім'я дитини: \_\_\_\_\_

дата народження: \_\_\_\_\_

ми погоджуємось / я погоджуюсь із передачею відповідей на наступні запитання.

Ми усвідомлюємо / я усвідомлюю, що участь є добровільною і згода може бути відкликана, а також що ми можемо / я можу відмовитися або відкликати згоду без будь-яких несприятливих правових наслідків.

Місце, дата \_\_\_\_\_

Підпис законного представника \_\_\_\_\_

Кількість дорослих осіб у домогосподарстві

В якій країні ви народилися? (вказіть для обох батьків)

В Німеччині

В іншій країні

В Німеччині

В іншій країні

Яке у вас є громадянство? (вказіть для обох батьків)

Німецьке

Німецьке + Інше

Інше

Німецьке

Німецьке + Інше

Інше

Який у вас наявний документ про освіту? (вказіть для обох батьків)

(Поки що) не отримав атестат про закінчення середньої школи

Атестат про закінчення основної / восьмирічної народної / середньої / професійної школи

Атестат про закінчення реальної школи (середня загальна освіта)

Атестат про закінчення середнього / професійного навчального закладу

Диплом вузу, університету

Які з вказаних нижче відомостей про трудову діяльність мають відношення до вас (вказіть для обох батьків)

Працюю повний робочий день, тривалість робочого часу складає 35 годин на тиждень або більше

Працюю неповний робочий день, тривалість робочого часу складає від 15 до 34 годин на тиждень

Працюю неповний робочий день або погодинно, тривалість робочого часу складає менше 15 годин на тиждень

Тимчасова відпустка, наприклад, відпустка по догляду за дитиною

Практикант / набуваю нову кваліфікацію / учень на виробництві

В даний час не працевлаштований і не шукаю роботу (наприклад, домогосподарка, студент, пенсіонер)

В даний час не працевлаштований і шукаю роботу (безробітний)