

Опросный лист анамнеза

Указания по заполнению этого опросного листа

Заполните или отметьте крестиком нужное

Просим Вас указать приведенную ниже информацию для проведения полного медосмотра перед школой и предоставления квалифицированной консультации. Обработка данных основана, помимо прочего, на ст. 12 абз. 1 GDG, § 6 абз. 1 п. 1 Директивы о гигиене в школе (SchulgespflV). Дополнительные сведения об обработке данных приведены в информации о защите данных, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Фамилия ребенка	Имя ребенка	Дата рождения	Число братьев и сестер <input type="text"/>
Гражданство ребенка	Страна рождения ребенка	Продолжительность посещения яслей / детского сада (в годах)	<input type="text"/>
Фамилия и адрес опекуна Фамилия..... Имя..... Индекс, населенный пункт..... Улица..... № телефона.....			
Беременность и течение родов (данные в желтой медкарте)			
Вес при рождении: _ _ _ _ грамм полные недели беременности: _ _ _ нед. <input type="checkbox"/> многоплодные роды			
Развитие			
Дефекты речи при развитии <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Ребенок растет, разговаривая на нескольких языках <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Взаимодействие с немецким языком <input type="checkbox"/> с рождения <input type="checkbox"/> не с рождения			
Если взаимодействие с немецким языком началось не с рождения, то с какого возраста? _ _ лет _ _ мес.			
Родной язык родителей (просьба указать для обоих родителей)			
<input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой (какой?): _____			
<input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой (какой?): _____			
На каких языках говорят у Вас дома? <input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой(-ие) язык(-и)			
Ваш ребенок <input type="checkbox"/> правша <input type="checkbox"/> левша <input type="checkbox"/> еще непонятно			
Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть сложности в одной или нескольких следующих областях: настроение (подавленный, боязливый, нерешительный, вспыльчивый), концентрация (не может долго сидеть тихо, не слушает долго при чтении вслух), поведение, взаимодействие с другими? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Меры стимулирования или лечение			
Запланировано прохождение вводного курса немецкого языка <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Логотерапия (логопедия) <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> запланирована			
Данные о перенесенных заболеваниях или ограничениях по состоянию здоровья			
Ваш ребенок уже обследовался у окулиста? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Если да: При этом было выявлено или инициировано следующее:			

<input type="checkbox"/> Показатели в норме	<input type="checkbox"/> прописаны очки
<input type="checkbox"/> близорукость (миопия)	<input type="checkbox"/> дальнозоркость (гиперопия) <input type="checkbox"/> косоглазие
Вы водили своего ребенка в последние 12 месяцев к стоматологу?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Врожденное серьезное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Если да, ответьте на следующие вопросы:</i>	
Врожденное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон
Установлен слуховой аппарат	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон
Установлен кохлеарный имплантат	<input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> с обеих сторон
Нарушения обмена веществ / гормональные сбои (только отклонения, диагностированные врачом)	<input type="checkbox"/>
да <input type="checkbox"/> нет	
<i>Если да, какие:</i>	<input type="checkbox"/> дефицит MCAD <input type="checkbox"/> гипотериоз (врожденный) <input type="checkbox"/> ФКУ <input type="checkbox"/> АГС
	<input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> сахарный диабет (тип 1) <input type="checkbox"/> сахарный диабет (тип 2)
	<input type="checkbox"/> Иное:
<i>Возраст при постановке диагноза: __ __ __ (лет/месяцев)</i>	
Прочие хронические заболевания:	<input type="checkbox"/> да (какие?): <input type="checkbox"/> нет
Тяжелая форма инвалидности:	<input type="checkbox"/> да (какая?): <input type="checkbox"/> нет
Регулярно принимаемые медикаменты:	<input type="checkbox"/> да (какие?): <input type="checkbox"/> нет
Вам известно о заболеваниях Вашего ребенка, которые требуют определенных действий в экстренной ситуации (например, аллергии, эпилепсия и т. д.)?	
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Если да, о каких?</i>	
Есть ли в семье (у родителей, братьев, сестер)	
▶ нарушение чтения и письма (дислексия)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
▶ нарушение счета (дискалькулия)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да

Дата заполнения:

Сведения, указываемые опекуном добровольно

Указание следующей информации является **добровольным**. Однако Ваши данные важны для профилактических мер. Дополнительные сведения об обработке данных приведены в **информации о защите данных**, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Ваши ответы будут переданы LGL в анонимной форме. Если Вы отзовете согласие на передачу данных в LGL путем уведомления ответственного за Вас департамента здравоохранения, то эти данные не будут переданы в LGL. Если Вы отзовете согласие после передачи данных в LGL, то возможна ситуация, при которой Ваши данные уже будут сопоставлены с другими данными и анонимно проанализированы. В этом случае отзыв больше невозможен.

Заявление о согласии:

Как опекун(-ы)

Имя и фамилия ребенка: _____

Дата рождения: _____

я соглашаюсь / мы соглашаемся ответить на следующие вопросы.

Мне/нам известно, что участие является добровольным и что от него можно отказаться, и что я могу / мы можем не давать или отозвать согласие без каких-либо неблагоприятных правовых последствий.

_____ Место, дата _____ подпись опекуна(-ов)

Число взрослых в домохозяйстве

В какой стране Вы родились? (Укажите для обоих родителей.)

В Германии В другой стране

В Германии В другой стране

Какое гражданство у Вас есть? (Укажите для обоих родителей.)

Немецкое Немецкое и другое Другое

Немецкое Немецкое и другое Другое

Какое наивысшее учебное заведение Вы закончили? (Укажите для обоих родителей.)

(Еще) нет законченного образования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основная школа / народная школа / средняя школа / квалифицированное общее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Среднее общее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Полное / профессиональное среднее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Высшее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Какие из следующих данных являются для Вас верными (укажите для обоих родителей).

Полная занятость с рабочим временем 35 и более часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частичная занятость с рабочим временем от 15 до 34 часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частичная или почасовая занятость с рабочим временем менее 15 часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Временный отпуск, например отпуск по уходу за ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обучение в вузе / на производстве / профессиональная переподготовка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В данный момент не работаю и не ищу работу (например, домохозяйки/домохозяева, студенты, пенсионеры)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В данный момент не работаю и ищу работу (безработный/безработная)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>