

*Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:*  
ارشادات لتعبئة الأستبيان

*Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!*

الأجابه على جميع الأسئلة أو بعضها إختياري

*Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen*

الرجاء تعبئة الأجابه المناسبه أو وضع إشارة إكس

	Familiename des Kindes إسم العائله للطفل
	Vorname الأسم الأول للطفل
	geboren am تاريخ الولاده
	Staatsangehörigkeit الجنسيه
	Anzahl weiterer Geschwister عدد الأشقاء
	Muttersprache (Mutter) اللغه الأم (للأم)
	Muttersprache (Vater) اللغه الأم (للأب)
	Anzahl Erwachsene im Haushalt عدد أفراد الأسره البالغين
	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch (Anzahl Jahre) زيارة الروضه أو دار الحضانه عدد السنوات
<b>Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten</b>	
إسم وتوقيع الأشخاص المخولين بحضانه ورعايه الطفل	
	Name إسم العائله
	Vorname الأسم الأول
	Postleitzahl und Ort مكان الأقامه والرمز البريدي
	Straße إسم الشارع
	Telefonnummer رقم الهاتف
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf</b>	
الحمل وولاده الطفل	
	Geburtsgewicht (Angabe in Gramm) وزن الطفل عند الولاده
	Anzahl vollendete Schwangerschaftswochen عدد أسابيع الحمل حتى يوم ولاده الطفل

Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Mehrlingsgeburt ولاده توأم أو أكثر
<b>Entwicklung</b> نمو وتطور حياة الطفل		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? هل تم تشخيص تأخر في النمو في مرحلة ما عند طفلكم
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Freies Laufen bis 18 Monate هل مشى الطفل بدون مساعده حتى الشهر الثامن عشر
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate الكلمات الأولى للطفل حتى الشهر الثامن عشر (مثل ماما بابا سياره)
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung هل تطورت القدره على الكلام عند الطفل
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/>	Kind wächst mehrsprachig auf هل ينمو الطفل بالتحدث بأكثر من لغة
Deutsch <input type="checkbox"/> الألمانية Andere Sprache(n) (welche): اللغات الأخرى (إن وُجد): _____		Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? أي اللغات تتحدثون بها في المنزل؟
Nicht seit Geburt <input type="checkbox"/> ليس منذ المولد	seit Geburt <input type="checkbox"/> منذ المولد	Kontakt mit der deutschen Sprache التواصل مع اللغة الألمانية
شهر/ سنة		Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? في حالة إذا لم يكن للتواصل معها منذ المولد ففي أي فئة عمرية إذا؟
red sätst hceR <input type="checkbox"/>	أيمن <input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind هل طفلكم
rehnhst hceR <input type="checkbox"/>	أعسر <input type="checkbox"/>	
heds hhehätstæceh <input type="checkbox"/>	لم يتحدد بعد <input type="checkbox"/>	
<b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b> هل تم تشخيص عند طفلكم إضطرابات أو مشاكل صحيه أو إحدى الأمراض التاليه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht? هل تم فحص طفلكم عند طبيب العيون
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: إذا كانت الأجابه بنعم الرجاء الأجابه على الأسئلة التاليه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurden dabei die Pupillen weit getropft? هل تم خلال الفحص وضع القطره في العين
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurde eine Sehstörung festgestellt? هل تم تشخيص عند طفلكم إضطرابات أو مشاكل في البصر
Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt? إذا كانت الأجابه بنعم كيف تم علاجه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Brille نظاره

Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Ableben/Training eines Auges تغطية العين أو تدريب العين المصابه
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	geplant تم التخطيط للعلاج
		Schielopoperation عملية للحول في العين

Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Angeborene schwere Hörstörung مولوباضطرابات شديده السمع
<i>Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen</i> إذا كانت الأجابه بنعم الرجاء الأجابه على الأسئلة التاليه		
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	beidseitig <input type="checkbox"/> لكلا الأمرين
		Angeborene Hörstörung مولوباضطرابات السمع
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	beidseitig <input type="checkbox"/> لكلا الأمرين
		Mit Hörgerät versorgt يستخدم سماعة أذن
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	beidseitig <input type="checkbox"/> لكلا الأمرين
		Mit Cochlea-Implantat versorgt تم زرع قوقعة أذن له
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Stoffwechsel-/ Hormonstörungen إختلالات هرمونيه أيضا خليه
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي إختلالات		
		<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel MCAD نقص أستيل كوكاميل كوكاميل متوسط
		<input type="checkbox"/> Hypothyreose قصور الغدة الدرقيه
		<input type="checkbox"/> PKU الخلل الأيضى وراثى أوفينيكونوريا
		<input type="checkbox"/> AGS فترط تسج العطر الخلقى
		<input type="checkbox"/> Mukoviszidose تأخر المخاط
		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) داء السكري (طراز 1)
		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) داء السكري (طراز 2)
		<input type="checkbox"/> Sonstige: أخرى:
		.....
		Alter bei Diagnosestellung العمر عند عمل الفحص وبتشخيص شهر _____ سنة _____
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sonstige chronische Erkrankungen أمراض مزمنه أخرى
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي أمراض		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Schwere Behinderung عجز شديد في أطراف الجسم

		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي أطراف
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Regelmäßig einzunehmende Medikamente هل يتناول الطفل دواء بشكل منتظم
		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي دواء
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? هل لديكم معرفه كافيه حول الأمراض التي يعاني منها طفلكم والتي تتطلب التصرف بشكل صحيح في حالات الطوارئ (على سبيل المثال حساسيه صرع وغيرها من الأمراض)
		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي إجراء
		Kinderarzt/Hausarzt طبيب الأطفال أو طبيب الأسره
<b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b> هل تلقى طفلكم العلاج أو أي تدابير أخرى هدفت إلى تعزيز علاجه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Geplant <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج
		Teilnahme am Vorkurs Deutsch هل شارك طفلكم في دوره تحضيريه في دار الحضنيه للغه الألمانيه
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هلتم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein	Sprachtherapie (Logopädie) علاج النطق
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هلتم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein	Krankengymnastik العلاج الطبيعي
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هلتم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein	Frühförderung التدخل المبكر للعنايه بالطفل
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هلتم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein	Heilpädagogik التربيه التعليميه في حالات خاصه
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هلتم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein	Ergotherapie علاج وظائف أعضاء جسم الطفل

<p>Mindestens einmal im Jahr zur Kontrolle  <input type="checkbox"/> على الأقل مره في السنه للمراقبه</p>	<p>Wie oft gehen Sie mit Ihrem Kind zum Zahnarzt?          كم مره تذهبون مع طفلكم إلى طبيب الأسنان</p>	
<p>Seltener als einmal im Jahr zur Kontrolle  <input type="checkbox"/> أقل من مره في السنه</p>		
<p>Nur wenn es Beschwerden hat  <input type="checkbox"/> فقط إذا اشتكى الطفل من شيء ما</p>		
<p>Mein Kind war noch nie beim Zahnarzt  <input type="checkbox"/> طفلي لم يكن أبدا عند طبيب الأسنان</p>		
<p>Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange still sitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen?          هل يمكنكم القول بأن طفلكم بشكل عام لديه صعوبات في واحده أو أكثر في المجالات التاليه المزاج (مكئب متذبذب قلق خوف سريع الغضب) التركيز (ليس بإمكانه البقاء هادئا لبعض الوقت لا يستمع بشكل مستمر عندما يتم القراءة له) السلوك أو التعامل مع الآخرين</p> <p><input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> Nein لا</p>		
<p><b>Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)</b>          هل في الأسره (الوالدين أشقاء)</p>		
<p>Ja  <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>Nein  <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>Eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)          ضعف في القراءة أو الإملاء أو التهجئه</p>
<p>Ja  <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>Nein  <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>Eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)          ضعف في الحساب</p>
<p>Ja  <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>Nein  <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>Schielen          حول في العينين</p>
<p>Ja  <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>Nein  <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>Starke Weitsichtigkeit (&gt;3dpt), Astigmatismus &gt;3dpt, Kurzsichtigkeit &gt;10 dpt          طول في النظر إنكسار في النظر قصر في النظر</p>

.....  
 Ausgefüllt am:  
 تم ملئ بالبيانات في:

نتيجه انتبهش أن حطه اليرل انتبموج ليلق انون الأسري لح حطه لليينات  
 )DSGVO(:

<https://www.landratsamt-dachau.de/dsgvo/schuleingangsuntersuchung>