

Formun doldurulması için yardımcı bilgiler:
Doğru olan şıkları doldurup, işaretleyiniz:
Soruların bir tekinin ya da bir kaçının doldurulması gönüllüdür!



| | | | | |
|---|----------------|---------------------------|--|--------------------------|
| Çocuğun soyadı | Adı | Doğum tarihi | Vatandaşlığı | Kardeşlerinin sayısı |
| Anadili (Anne) | Anadili (Baba) | Evde yaşayan reşit sayısı | Yuva/Kreş/Anaokuluna gittiği yılların sayısı | <input type="text"/> Yıl |
| Velayet sahibi ya da ebeveynin adı ve adresi Soyadı).....Adı).....Şehir kodu ve şehir..... Cadde.....Tel.no..... | | | | |
| Gebelik ve doğumun seyri | | | | |
| Doğum ağırlığı: I__I__I__I__I gram Bitmiş gebelik haftası: I__I__I ,SSW' <input type="checkbox"/> Çoklu doğum | | | | |
| Gelişim | | | | |
| Çocuğunuzda <u>bugüne kadar</u> hiç gelişim geriliği tesbit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| 18. aylık olana kadar tutunmadan yürümek <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| İlk kelimeleri (örneğin anne, baba, araba gibi) 18. aylık olana kadar <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| Gelişiminde olumsuz dil belirtileri <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| Çocuk iki ya da daha çok dilli yetiştiriyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| Evinizde hangi diller konuşuluyor? <input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Başka dil(ler) (hangisi/hangileri): _____ | | | | |
| Almanca ile temas <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren değil | | | | |
| Almanca ile temas doğumdan itibaren değilse, hangi yaştan itibaren vardır? I__I yıl I__I__I ay | | | | |
| Çocuğunuz... <input type="checkbox"/> sağ elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> sol elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> Henüz belli değil | | | | |
| Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklar ve sağlığını kısıtlayıcı başka özellikler geçmişte ya da şimdi söz konusu mu? | | | | |
| Çocuğunuz hiç bir göz doktoru tarafından muayene edildi mi?? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| Yanıtınız evet ise, aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız: | | | | |
| ▶ Göz bebeği damla damlatılarak büyütüldü mü? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| ▶ Göz bozukluğu tesbit edildi mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| ↳ Yanıtınız evet ise. Hangi tedavide bulunuldu? | | | | |
| ▶ Gözlük <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| ▶ Bir gözün kapatılması/bir gözün egzersizi <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| ▶ Şaşılık ameliyatı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> tasarı halinde | | | | |
| Doğuştan ağır işitme engeli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet | | | | |
| Eğer evet işaretledinizse, aşağıdaki soruları da yanıtlayınız: | | | | |
| Doğuştan işitme engeli <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan | | | | |
| İşitme cihazı mevcut <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan | | | | |
| Koklear implant mevcut <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan | | | | |

Lütfen sayfayı çeviriniz!

Metabolizma/hormon bozuklukları: : Hayır Evet

Evet ise, hangileri? CoA dehidrogenaz eksikliği Hypothyroidism (doğuştan) Fenilketonüri
 Adrenogenital sendrom Mukovisidoz Şeker hastalığı (Tip 1)
 Şeker hastalığı (Tip 2)
 Diğer :

Teşhis konulduğundaki yaş : | |
yıl ay

Diğer kronik hastalıklar: Hayır Evet (Hangileri?):

Ağır engeller: Hayır Evet (Hangileri?):

Düzenli olarak kullanılan ilaçlar: Hayır Evet (Hangileri?):

Acil durumlarda çocuğunuzun belirli bir müdahale gerektiren hastalıkları hakkında bilginiz var mı
(Örneğin Allerjiler, Epilepsi, v.s.)? Hayır Evet

Evet ise, hangileri?

Çocuk doktoru/aile doktoru:

Çocuğunuza hiç aşağıdaki geliştirici tedbirler ya da tedaviler uygulandı mı?

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Almanca hazırlık kursuna katılım | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> tasarı halinde |
| Dil ve Konuşma terapisi (Logopedi) | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> sonuçlandı | <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde |
| Fizyoterapi | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> sonuçlandı | <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde |
| Erken geliştirme | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> sonuçlandı | <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde |
| Sağlık pedagojisi | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> sonuçlandı | <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde |
| Ergoterapi | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> sonuçlandı | <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde |

Çocuğunuzla hangi sıklıkla diş doktorunuza gidiyorsunuz? Kontrolde yılda en az bir kez
 Kontrolde yılda bir kezden daha az
 Sadece rahatsızlığı olduğunda
 Çocuğum daha hiç dişçiye gitmedi

Siz çocuğunuzun genel olarak aşağıda sözü edilen konuların bir ya da bir kaçında güçlük çektiğini söyleyebilir misiniz: Ruh hali (sıkıntılı, ürkek, kararsız, aniden öfkelenen), konsantrasyonu (uzun süre oturduğu yerde oturamaz, kitap okunduğunda uzun süre okunanları dinleyemez), davranışı, başkalarıyla ilişkisi?

Hayır Evet

Ailede (Anne ya da babada, kardeşlerde)

| | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
| ▶ Okuma yazma zayıflığı (Legasteni)? | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| ▶ Sayısal ve matematiksel temel işlemler ile ilgili Uğraşılarda yaşanan güçlükler (Diskalkuli) | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| ▶ Şaşılık | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| ▶ Yüksek derecede hipermetrop (>3dioptri), Astigmat >3dioptri, Miyop >10dioptri | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |

Form doldurma tarihi:

Yeni Veri Koruma Temel Yönetmeliği (DSGVO) uyarınca veri koruma ile ilgili uyarılar:

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