

Udhëzime në lidhje me plotësimin e pyetësorit:
 Plotësoni ose vendosni një kryq tek përgjigjet e sakta
 Përgjigja e të gjitha ose e disa pyetjeve është me dëshirë!

Mbiemri i fëmijës	Emri	lindur me	Shtetësia	Numri i motrave dhe vëllezërve
Gjuha amtare (e nënës)	Gjuha amtare (e babait)	Numri i personave të rritur në familje	Ka frekuentuar çerdhen/kopshtin <input type="text"/> vite	
Mbiemri dhe adresa e personave të autorizuar për përkujdesje				
Mbiemri(at).....Emri(at)..... Kodi Postar, Vendi.....				
Rruga.....Nr.Tel.....				
Shtatzënia dhe ecuria e lindjes				
Pesha në lindje: _ _ _ _ gramë Javët e plotësuara të shtatzënisë: _ _ javë shtatzënie <input type="checkbox"/> Ka lindur më shumë se një fëmijë				
Zhvillimi				
A është përcaktuar <u>ndonjëherë</u> vonesë në zhvillim tek fëmija juaj? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo				
Ka filluar të ecë lirshëm në moshën 18 muajshe <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo				
Fjalët e para (si mami, babi, makina) deri 18 muajsh <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo				
Anomali në të folur gjatë zhvillimit <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo				
Fëmija rritet me disa gjuhë <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo				
Çfarë gjuhësh fliten në shtëpinë tuaj?				
<input type="checkbox"/> Gjermanisht <input type="checkbox"/> Gjuhë të tjera (cilat): _____				
Kontakti me gjuhën gjermane <input type="checkbox"/> që nga lindja <input type="checkbox"/> jo që nga lindja				
Nëse kontakti me gjuhën gjermane nuk ka qenë që nga lindja, atëherë në cilën moshë? _ Vjeç _ _ muaj				
Është fëmija juaj <input type="checkbox"/> Shkruan me dorën e djathtë <input type="checkbox"/> Shkruan me dorën e majtë <input type="checkbox"/> ende nuk është vendosur				
A ekziston ose ka ekzistuar tek fëmija juaj një nga sëmundjet ose kufizimet e mëposhtme shëndetësore?				
A është ekzaminuar ndonjëherë fëmija juaj tek një okulist? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
Nëse po, përgjigjuni ju lutemi pyetjeve të mëposhtme:				
▶ A u bë zgjerimi i pupilave me anën e pikave? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
▶ A u përcaktua ndonjë problem me shikimin? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
↳ Nëse po, çfarë trajtimi u krye?				
▶ Syze <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
▶ Mbyllja/Stërvitja një syri <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
▶ Operacion për shkak të strabizmit <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> është planifikuar				
Probleme të rënda dëgjimi të lindura <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po				
Nëse po, përgjigjuni ju lutemi pyetjeve të mëposhtme:				
Probleme dëgjimi të lindura <input type="checkbox"/> majtas <input type="checkbox"/> djathtas <input type="checkbox"/> në të dy anët				
Pajisur me aparat dëgjimi <input type="checkbox"/> majtas <input type="checkbox"/> djathtas <input type="checkbox"/> në të dy anët				
Pajisur me implant kërmillor <input type="checkbox"/> majtas <input type="checkbox"/> djathtas <input type="checkbox"/> në të dy anët				

Ju lutemi kthejeni nga ana tjetër!

Probleme metabolizmi/hormonale që në lindje: Jo Po

Nëse po, cilat janë ato? Mungesë e MCAD Hipotiroidizëm (të lindura) PKU AGS
 Fibrozë cistike Diabet mellitus (Tipi 1) Diabet mellitus (Tipi 2)

Të veçanta:

Mosha në momentin e diagnozës: | |
Vjeç muaj

Sëmundje të tjera kronike: Jo Po (Çfarë problemesh?):

Paaftësi e rëndë: Jo Po (Çfarë problemesh?):

Medikamente që duhen marrë rregullisht: Jo Po (Çfarë problemesh?):

Jeni në dijeni të sëmundjeve të fëmijës tuaj të cilat kërkojnë trajtime të caktuar në raste emergjence (p.sh. në rast alergjik, epilepsie, etj.)? Jo Po

Nëse po, cilat janë ato?

Pediatri/Mjeku i familjes:

.....

A është trajtuar ndonjëherë fëmija juaj me masat nxitëse ose trajtimet e mëposhtme?

Merr pjesë në para-kursin e gjuhës gjermane Jo Po është planifikuar

Terapi për të folur (Logopedi) Jo e ka përfunduar po realizohet aktualisht është planifikuar

Fizio-terapi Jo e ka përfunduar po realizohet aktualisht është planifikuar

Nxitje e hershme Jo e ka përfunduar po realizohet aktualisht është planifikuar

Pedagogji kurative Jo e ka përfunduar po realizohet aktualisht është planifikuar

Ergo-terapi Jo e ka përfunduar po realizohet aktualisht është planifikuar

Sa shpesh shkoni me fëmijën tuaj tek dentisti? të paktën një herë në vit për kontroll
 më rrallë se një herë në vit për kontroll
 vetëm kur ka shqetësime
 fëmija im nuk ka qenë kurrë tek dentisti

Mund të thoni që fëmija juaj në përgjithësi ka vështirësi në një ose në disa nga sektorët e mëposhtëm: Humori (i mërzitur, i frikësuar, shpërthyes), përqendrimi (nuk mund të qëndrojë i qetë për një kohë të gjatë, kur i lexon nuk dëgjon gjatë gjithë kohës me vëmendje), sjellja, sjellja me të tjerët?

Jo Po

E ekziston në familje (Prindërit, motrat dhe vëllezërit)

▶ dobësi në të lexuar dhe të shkruar (Legasteni) Jo Po

▶ dobësi në kryerjen e llogarive (Diskalkuli) Jo Po

▶ Strabizëm Jo Po

▶ hipermetropi të theksuar (>3dpt), astigmatizëm >3dpt, miopi >10dpt Jo Po

Plotësuar më datë: