

Indicații pentru completarea acestui chestionar:

Vă rugăm să completați sau să bifați răspunsul potrivit ☒

Răspunsul la toate întrebările sau la întrebările individuale este facultativ!

Numele de familie al copilului	Prenume	Data nașterii	Cetățenia	Numărul de frați/surori
Limba maternă (mama)	Limba maternă (tata)	Numărul de adulți din gospodărie	Creșă/Grădiniță cu program zilnic/Grădiniță <input type="text"/> Ani	
Numele și semnătura întreținătorului/întreținătorilor Nume.....Prenume.....Cod poștal, localitate..... Strada.....Nr. tel.....				
<b>Sarcina și nașterea</b>				
Greutatea la naștere: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> grame      săptămâni de sarcină finalizate: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> calendar sarcină <input type="checkbox"/> multipleteți				
<b>Dezvoltarea</b>				
S-au constatat întârzieri în dezvoltarea copilului dumneavoastră <u>la momentul respectiv</u> ? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
A reușit să alerge liber până la 18 luni <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Primele cuvinte (precum mama, tata, mașină) până la 18 luni <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Limbaj neobișnuit în cursul dezvoltării <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Copilul este crescut într-un mediu familial în care se vorbesc mai multe limbi <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Ce limbi sunt vorbite la dvs. acasă? <input type="checkbox"/> Germană <input type="checkbox"/> Altă(e) limbă(i) (care): _____				
Contact cu limba germană <input type="checkbox"/> de la naștere <input type="checkbox"/> nu de la naștere				
În cazul în care contactul cu limba germană nu a fost de la naștere, de la ce vârstă a avut loc? <input type="text"/> Ani <input type="text"/> <input type="text"/> luni				
Este copilul dvs. <input type="checkbox"/> Dreptaci <input type="checkbox"/> Stângaci <input type="checkbox"/> încă indecis				
<b>Copilul dumneavoastră suferă sau a suferit de următoarele boli sau deficiențe de sănătate?</b>				
Copilul dumneavoastră a fost deja consultat de un medic oftalmolog? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:				
▶ I s-au administrat picături de dilatare a pupilelor? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
▶ A fost stabilită o deficiență a vederii? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
↳ Dacă da, ce tratament s-a efectuat?				
▶ Ochelari <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
▶ Acoperirea/exersarea unui ochi <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
▶ Operație de strabism <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> planificată				
Defecțiune congenitală gravă a auzului <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:				
Defecțiune congenitală a auzului <input type="checkbox"/> la urechea stângă <input type="checkbox"/> la urechea dreaptă <input type="checkbox"/> bilateral				
Echipat cu aparat auditiv <input type="checkbox"/> la urechea stângă <input type="checkbox"/> la urechea dreaptă <input type="checkbox"/> bilateral				
Dotat cu implant cohlear <input type="checkbox"/> la urechea stângă <input type="checkbox"/> la urechea dreaptă <input type="checkbox"/> bilateral				

Vă rugăm întoarceți!

Dereglări de metabolism/hormonale înnașcute:  Nu  Da  
Dacă da, care?  Lipsă MCAD  Hipotiroidie (congenitală)  Fenilcetonurie  AGS  
 Mucoviscidoză  Diabet (tip 1)  Diabet (tip 2)  
 Altele : .....

Vârsta de diagnosticare: |\_\_| |\_\_|  
Ani luni

Alte boli cronice:  Nu  Da (Care?): .....

Handicap sever:  Nu  Da (Care?): .....

Medicamente luate regulat:  Nu  Da (Care?): .....

Vă sunt cunoscute bolile copilului dumneavoastră care necesită o anumită procedură în cazuri de urgență (de ex. alergii, epilepsie, etc.)?  Nu  Da

Dacă da, care? .....

Medic pediatru/medic de familie:  
.....  
.....

### Copilul dumneavoastră a beneficiat la momentul respectiv de măsuri de ajutor sau de tratament?

Participare la cursul preliminar de limba germană  Nu  Da  planificată

Terapia tulburărilor de limbaj (logopedie)  Nu  finalizată  în curs de desfășurare  planificată

Gimnastică medicală  Nu  finalizată  în curs de desfășurare  planificată

Măsuri terapeutice și pedagogice în primii ani de viață

Nu  finalizată  în curs de desfășurare  planificată

Pedagogie medicală  Nu  finalizată  în curs de desfășurare  planificată

Ergoterapie  Nu  finalizată  în curs de desfășurare  planificată

Cât de des mergeți cu copilul dumneavoastră la dentist?  cel puțin o dată pe an la control  
 mai puțin de o dată pe an la control  
 numai dacă are dureri  
 copilul meu nu a fost niciodată la dentist

Privit în ansamblu, copilul dumneavoastră întâmpină dificultăți într-unul sau mai multe dintre următoarele domenii: Dispoziție (apăsător, anxios, ezitant, țăfnos), concentrare (nu poate sta locului pentru mult timp, nu are răbdare să asculte atunci când i se citește ceva), comportament, relațiile cu ceilalți?  
 Nu  Da

### În familie există persoane (părinți, frați)

▶ care întâmpină dificultăți la citit și scris (legastenie)  Nu  Da

▶ care întâmpină dificultăți la efectuarea calculelor (discalculie)  Nu  Da

▶ Strabism  Nu  Da

▶ hipermetropie puternică (>3dpt), astigmatism >3dpt, miopie >10dpt  Nu  Da

Completat la: .....

Comunicări cu privire la protecția datelor în conformitate cu noul Regulament general privind protecția datelor (DSGVO): <https://www.landratsamt-dachau.de/dsgvo/schuleingangsuntersuchung>