

Okula başlama muayenesi anketi

Soru 1-13'teki bilgiler, Rheinland-Pfalz'daki devlet ilkokulları için Okul Yönetmeliğinin 11. maddesi uyarınca okul doktoru tarafından tıbbi değerlendirme için gereklidir. Bu bilgiler, yapılacak olan ortak görüşmenin ve çocuğun güncel gelişim durumunun belirlenmesinin temelini oluşturur. Bu soruların cevapları mutlaka istenmektedir. Münferit sorularla ilgili belirsizlikler görüşme sırasında açıklığa kavuşturulacaktır.



1. Aile hakkında bilgiler			anketi doldurma tarihi:						
	Gün	Ay	Yıl						
	Çocuk		Yasal vasi 1 (örn. baba/anne)		Yasal vasi 2 (örn. baba/anne)				
Soyisim	_____		_____		_____				
İsim	_____		_____		_____				
Cinsiyet	erkek <input type="checkbox"/>	kadın <input type="checkbox"/>	muhtelif <input type="checkbox"/>	erkek <input type="checkbox"/>	kadın <input type="checkbox"/>	muhtelif <input type="checkbox"/>	erkek <input type="checkbox"/>	kadın <input type="checkbox"/>	muhtelif <input type="checkbox"/>
Doğum tarihi	_____		Çocuğun doğduğu ülke _____						
	Gün	Ay	Yıl						
Adres	_____								
2. Çocuğunuz şimdiye dek nasıl bir bakım aldı? Hangi kurumlara katıldı?									
a) Çocuk _____ yaşına ve _____ ayına kadar sadece aile içinde bakılmıştır.									
b) Daha sonra aşağıdaki kurumlara gitmiştir: (birden fazla cevap mümkün)									
Kreş.....	<input type="checkbox"/>	Anaokulu/gündüz bakım merkezi.....	<input type="checkbox"/>	Özel gereksinimli anaokulu.....	<input type="checkbox"/>				
Gündüz bakım evi.....	<input type="checkbox"/>	Bütünleştirici gündüz bakım merkezi...	<input type="checkbox"/>	Herhangi bir kurum yok.....	<input type="checkbox"/>				
c) Çocuk şu anda aşağıdaki kuruma devam etmektedir:									
Kreş.....	<input type="checkbox"/>	Anaokulu/gündüz bakım merkezi.....	<input type="checkbox"/>	Özel gereksinimli anaokulu.....	<input type="checkbox"/>				
Gündüz bakım evi.....	<input type="checkbox"/>	Bütünleştirici gündüz bakım merkezi...	<input type="checkbox"/>	Herhangi bir kurum yok.....	<input type="checkbox"/>				
3. Çocuğunuz daha önce hangi bulaşıcı hastalıkları geçirdi? (Birden fazla cevap mümkün)									
Suçiçeği.....	<input type="checkbox"/>	Kabakulak.....	<input type="checkbox"/>	Salmonella.....	<input type="checkbox"/>				
Kızıl hastalığı.....	<input type="checkbox"/>	Kızamıkçık.....	<input type="checkbox"/>	Lyme hastalığı.....	<input type="checkbox"/>				
Saçkıran.....	<input type="checkbox"/>	Boğmaca.....	<input type="checkbox"/>	Beyin iltihabı /Beyin zarı iltihabı	<input type="checkbox"/>				
Kızamık.....	<input type="checkbox"/>	Hepatit B.....	<input type="checkbox"/>	Rotavirüsler.....	<input type="checkbox"/>				
Diğer.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Hiçbiri.....	<input type="checkbox"/>				
Cevabınız diğer ise, hangileri? _____									
4. Son 12 ay içinde hangi akut hastalıklar meydana geldi? (Birden fazla cevap mümkün)									
Bronşit.....	<input type="checkbox"/>	Mesane/idrar yolu enfeksiyonları..	<input type="checkbox"/>	Psödokrup atağı.....	<input type="checkbox"/>				
Boğaz / bademcik iltihabı.....	<input type="checkbox"/>	Zatürree.....	<input type="checkbox"/>	Serebral nöbet.....	<input type="checkbox"/>				
Orta kulak enfeksiyonları.....	<input type="checkbox"/>	Ateşli konvülsiyonlar.....	<input type="checkbox"/>	Yaygın enfeksiyonlar.....	<input type="checkbox"/>				
mide-bağırsak enfeksiyonu.....	<input type="checkbox"/>								
Diğer.....	<input type="checkbox"/>			Hiçbiri.....	<input type="checkbox"/>				
Cevabınız diğer ise, hangileri _____									

5. Çocuğunuz daha önce hiç tıbbi olarak teşhis edilmiş aşağıdaki hastalık veya rahatsızlıklara sahip oldu mu? (Birden fazla cevap mümkün) Gerekirse, lütfen bilgilendirici belgeleri yanınızda getirin!

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Alerjiler..... | <input type="checkbox"/> | Polipler (adenoidler)..... | <input type="checkbox"/> | Nöbetler (epilepsi)..... | <input type="checkbox"/> |
| Nörodermatit..... | <input type="checkbox"/> | Omurga rahatsızlıkları..... | <input type="checkbox"/> | Tümör/kanser hastalığı..... | <input type="checkbox"/> |
| Kronik bronşit..... | <input type="checkbox"/> | Tiroid hastalığı..... | <input type="checkbox"/> | Romatizma..... | <input type="checkbox"/> |
| Bronşiyal astım..... | <input type="checkbox"/> | Kalp bozukluğu/kalp hastalıkları | <input type="checkbox"/> | Otizm..... | <input type="checkbox"/> |
| Saman nezlesi..... | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus..... | <input type="checkbox"/> | Doğuştan gelen bozukluklar..... | <input type="checkbox"/> |
| Gıda alerjileri..... | <input type="checkbox"/> | Kronik İdrar yolu enfeksiyonları | <input type="checkbox"/> | Fiziksel bozukluk..... | <input type="checkbox"/> |
| Alerjik deri döküntüleri..... | <input type="checkbox"/> | Dikkat eksikliği bozukluğu..... | <input type="checkbox"/> | Zihinsel bozukluk..... | <input type="checkbox"/> |
| Diğer..... | <input type="checkbox"/> | Akıl hastalıkları..... | <input type="checkbox"/> | Hiçbiri..... | <input type="checkbox"/> |

Cevabınız diğer ise, hangileri? _____

6. Çocuğunuzda son 12 ay içinde aşağıdaki belirtiler veya rahatsızlıklar meydana geldi mi? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Görme bozuklukları..... | <input type="checkbox"/> | Solucan hastalıkları..... | <input type="checkbox"/> | Gıda intoleransları..... | <input type="checkbox"/> |
| İşitme bozuklukları..... | <input type="checkbox"/> | Aşırı fazla kilo..... | <input type="checkbox"/> | Motor huzursuzluk/hiperaktivite..... | <input type="checkbox"/> |
| Konuşma bozuklukları..... | <input type="checkbox"/> | Aşırı düşük kilo..... | <input type="checkbox"/> | Saldırganlık..... | <input type="checkbox"/> |
| Gelişimsel gecikmeler..... | <input type="checkbox"/> | Sık baş ağrısı..... | <input type="checkbox"/> | Uykuya dalma güçlüğü/deliksiz uyku bozukluğu..... | <input type="checkbox"/> |
| Konsantrasyon bozuklukları..... | <input type="checkbox"/> | Sık karın ağrısı..... | <input type="checkbox"/> | Sık horlama (enfeksiyon olmadığı halde)..... | <input type="checkbox"/> |
| Yatak ıslatma..... | <input type="checkbox"/> | Sık bacak ağrısı..... | <input type="checkbox"/> | Ağızdan nefes alma/burundan nefes almada engeli..... | <input type="checkbox"/> |
| Dışkılama..... | <input type="checkbox"/> | Anksiyete..... | <input type="checkbox"/> | Belirgin şekilde gündüz uykululuk hali..... | <input type="checkbox"/> |
| Diğer..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Hiçbiri..... | <input type="checkbox"/> |

Cevabınız diğer ise, hangileri? _____

7. Çocuğunuz son 12 ay içinde hangi doktorlara veya terapistlere gitti? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Çocuk doktoru..... | <input type="checkbox"/> | Göz doktoru/doktor..... | <input type="checkbox"/> | Alternatif Tıp Uygulayıcısı..... | <input type="checkbox"/> |
| Aile hekimi..... | <input type="checkbox"/> | Kulak Burun Boğaz doktoru..... | <input type="checkbox"/> | Çocuk ve gençlik psikiyatristi..... | <input type="checkbox"/> |
| Diş hekimi..... | <input type="checkbox"/> | Dermatolog..... | <input type="checkbox"/> | Psikolog/Psikoterapist..... | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontist..... | <input type="checkbox"/> | Ürolog..... | <input type="checkbox"/> | Cerrah/ortopedist..... | <input type="checkbox"/> |
| Diğer..... | <input type="checkbox"/> | Pediyatrik kardiyolog..... | <input type="checkbox"/> | Hiçbiri..... | <input type="checkbox"/> |

Cevabınız diğer ise, hangileri? _____

8. Çocuğunuz hiç aşağıdaki muayeneleri veya tedavileri oldu mu? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|-------|
| Gelişim teşhisi..... | <input type="checkbox"/> | Ayrıntılı bilgiler (örn. ayakta tedavi ameliyatı: polipler) | _____ |
| Rehabilitasyon veya kaplıca..... | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Alerji testi..... | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Ayakta tedavi..... | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Hastanede yatarak tedavi..... | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Muayene/tedavi yok..... | <input type="checkbox"/> | | _____ |

9. Çocuğunuz şimdye kadar hangi tedavileri veya destekleri aldı? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Konuşma terapisi/Logopedi..... | <input type="checkbox"/> | Erken müdahale..... | <input type="checkbox"/> | İyileştirici eğitim tedavisi..... | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapi..... | <input type="checkbox"/> | Entegrasyon desteği..... | <input type="checkbox"/> | Psikoterapi..... | <input type="checkbox"/> |
| Fizyoterapi..... | <input type="checkbox"/> | Eğitim danışmanlığı..... | <input type="checkbox"/> | Psikolojik danışmanlık..... | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontik tedavi..... | <input type="checkbox"/> | | | Aile desteği (SPFH)..... | <input type="checkbox"/> |
| Diğer..... | <input type="checkbox"/> | | | Hiçbiri..... | <input type="checkbox"/> |

Cevabınız diğer ise, hangileri? _____

Tedavi ve/veya desteğin sebepleri/nedenleri nelerdi? _____

Tedavi dönemi/süresi: _____

10. Çocuğunuz hiç tıbbi tedavi gerektiren kaza veya zehirlenme geçirdi mi? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Evde kaza..... | <input type="checkbox"/> | Yolda kaza..... | <input type="checkbox"/> | Zehirlenme..... | <input type="checkbox"/> |
| Bir bakım tesisinde kaza (örn. kreş)..... | <input type="checkbox"/> | Başka bir yerde kaza (örneğin kulüp, spor salonu)..... | <input type="checkbox"/> | Hiçbiri..... | <input type="checkbox"/> |

11. Çocuğunuz son 12 ay içinde herhangi bir ilaç aldı mı?

- Evet.....
-
- Hayır.....
-

Cevabınız evet ise, nedenleri:

	Düzenli olarak	Gerektiğinde	İlacın adı
Alerjiler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bronşiyal astım.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsi (nöbetler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hiperaktivite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diğer kronik hastalıklar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Çocuğunuzun okulda herhangi bir ilaca ihtiyacı var mı?

- Düzenli olarak.....
-
- Gerektiğinde.....
-
- Hayır.....
-

Çocuğunuzun okulda ilaç alma konusunda desteğe ihtiyacı var mı?

- Evet..
-
- Hayır....
-
- Okulda ilaç kullanmıyor.....
-

12. Çocuğunuz hakkında bize söylemek istediğiniz başka bir husus var mı?

13. Anketi kim doldurdu? (Birden fazla cevap mümkün)

- | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Yasal vasi 1..... | <input type="checkbox"/> | Büyükanne..... | <input type="checkbox"/> | Koruyucu anne | <input type="checkbox"/> | Çocuğın kardeşleri... | <input type="checkbox"/> |
| Yasal vasi 2..... | <input type="checkbox"/> | Büyükbaba..... | <input type="checkbox"/> | Koruyucu baba | <input type="checkbox"/> | Diğer kişi..... | <input type="checkbox"/> |

14- 23. soruları yanıtlamak isteğe bağlıdır!

Sorular öncelikle sağlık raporlama amaçlıdır ve çocuk sağlığı araştırmalarını desteklemektedir. Hem okula başlama muayenesi hem de daha sonraki muayeneler veya beyanlar bundan bağımsızdır. Tereddüt halinde tek tek soruları cevapsız da bırakabilirsiniz. Elbette bu sizin veya çocuğunuz için herhangi bir olumsuzluk yaratmayacaktır.

14. Çocuğunuzu ne kadar süre emzirdiniz?					
a) Emzirilmedi.....	<input type="checkbox"/>	1 aydan az.....	<input type="checkbox"/>		
4-6 ay.....	<input type="checkbox"/>	6 aydan fazla.....	<input type="checkbox"/>		
b) Yaşamın ____ ayından itibaren ek beslenme (tamamlayıcı gıda ve/veya süt tozu) verilmiştir.		Bilinmiyor.....	<input type="checkbox"/>		
15. Çocuk ağırlıklı olarak kiminle yaşıyor? (Lütfen buraya sadece bir çarpı işareti koyun)					
Öz ebeveynler ile.....	<input type="checkbox"/>	Koruyucu ebeveynler/evlat edinen ebeveynler ile.....	<input type="checkbox"/>		
Yasal vasi 1 ile, tek başına büyüten veli.....	<input type="checkbox"/>	Diğer aile üyeleriyle.....	<input type="checkbox"/>		
Yasal vasi 2 ile, tek başına büyüten veli.....	<input type="checkbox"/>	Diğer kişilerle.....	<input type="checkbox"/>		
Üvey aile veya patchwork aile içinde.....	<input type="checkbox"/>	Yuvada.....	<input type="checkbox"/>		
Dönüşümlü olarak uygulanan modelde (ayrı yaşayan vasiler için eşit sıklıkta).....			<input type="checkbox"/>		
16. Hanenizde toplam kaç çocuk yaşıyor? (okula kaydolacak çocuk dahil)					
1 çocuk	<input type="checkbox"/>	2 çocuk	<input type="checkbox"/>		
3 çocuk	<input type="checkbox"/>	4 çocuk	<input type="checkbox"/>		
4 çocuktan daha fazla	<input type="checkbox"/>	, yani ____ çocuk.			
17. Evde hangi diller konuşuluyor? (Birden fazla cevap mümkündür)					
Almanca.....	<input type="checkbox"/>	Diğer diller.....	<input type="checkbox"/>		
		Hangileri? _____			
18. Hangi ülkede doğdunuz? (Lütfen her iki vasi için de belirtiniz)					
Yasal vasi 1	Almanya'da	<input type="checkbox"/>	Başka bir ülkede	<input type="checkbox"/>	Hangi ülke? _____
Yasal vasi 2	Almanya'da	<input type="checkbox"/>	Başka bir ülkede	<input type="checkbox"/>	Hangi ülke? _____
19. Uyuşgunuz nedir? (Lütfen çocuk ve her iki vasi için de belirtiniz)					
Çocuk	Alman	<input type="checkbox"/>	Diğer/başka uyruklu	<input type="checkbox"/>	Hangi? _____
Yasal vasi 1	Alman	<input type="checkbox"/>	Diğer/başka uyruklu	<input type="checkbox"/>	Hangi? _____
Yasal vasi 2	Alman	<input type="checkbox"/>	Diğer/başka uyruklu	<input type="checkbox"/>	Hangi? _____
20. Evinizde sigara içiliyor mu?					
Asla.....	<input type="checkbox"/>	Ara sıra.....	<input type="checkbox"/>	Sıklıkla.....	<input type="checkbox"/>
21. En yüksek okul bitirme yeterliliğiniz nedir? (Lütfen her iki vasi için de belirtiniz)					
		Yasal vasi 1		Yasal vasi 2	
Ortaokul bitirme belgesi/ ilkökul bitirme belgesi.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Realschulabschluss (ortaokul bitirme belgesi).....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mesleki yüksek eğitim akedemisine girme diploması (Teknik bir meslek üst okul tamamlanması).....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Üniversiteye giriş için genel yeterlilik (Abitur).....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diğer okul bitirme yeterlilikleri.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(Hala) okul eğitiminde (öğrenci).....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Okul bitirme yeterliliği olmadan okulu bitirdi.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Belirtilmemiş.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

22. Mesleki eğitiminizi tamamladınız mı? Cevabınız evet ise, hangisi?

(Lütfen sadece en yüksek dereceyi belirtiniz.)

	Yasal vasi 1	Yasal vasi 2
Çıraklık (şirket içi mesleki eğitim).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meslek okulu, ticaret okulu (meslek okulu eğitimi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknik okul (örn. usta teknisyen okulu, mesleki veya teknik akademi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meslek yüksekokulu, mühendislik okulu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üniversite, yüksekokul.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer eğitim yeterlilikleri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halen mesleki eğitimde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeterlilik yok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtilmemiş.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Şu anda ne ölçüde çalışıyorsunuz?

	Yasal vasi 1	Yasal vasi 2
Tam zamanlı çalışan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yarı zamanlı, saatlik iş gibi kısmi istihdam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şu anda çalışmıyor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>