

## Ankieta w ramach badania bilansowego dziecka przed pójściem do szkoły

Informacje udzielone w odpowiedzi na pytania 1-13 są potrzebne lekarzowi szkolnemu do dokonania oceny medycznej zgodnie z § 11 Regulaminu dla publicznych szkół podstawowych w Nadrenii-Palatynacie. Informacje te stanowią podstawę dalszej rozmowy z opiekunami i służą określeniu aktualnego stanu rozwoju dziecka. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na te pytania. Niejasności dotyczące poszczególnych pytań można wyjaśnić podczas spotkania.



<b>1. Informacje dotyczące rodziny</b>			Wypełniono dnia:															
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Dzień</td> <td style="font-size: 8px;">Miesiąc</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">Rok</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							Dzień	Miesiąc	Rok						
Dzień	Miesiąc	Rok																
	Dziecko		Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1 (np. ojciec/matka)		Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2 (np. ojciec/matka)													
Nazwisko																		
Imię																		
Płeć	męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>	męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>	męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>	męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>	męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>													
Data urodzenia	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Dzień</td> <td style="font-size: 8px;">Miesiąc</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">Rok</td> <td></td> </tr> </table>						Dzień	Miesiąc	Rok			Kraj urodzenia dziecka						
Dzień	Miesiąc	Rok																
Adres																		
<b>2. Jaką opieką było objęte Państwa dziecko do tej pory? Do jakich placówek uczęszczało?</b>																		
a) Dziecko do wieku ____ lat i ____ miesięcy nie uczęszczało do żadnych placówek, przebywało wyłącznie w środowisku domowym.																		
b) Później dziecko uczęszczało do następujących placówek: (Można wskazać wiele odpowiedzi)																		
Żłobek.....	<input type="checkbox"/>	Przedszkole/placówka opieki dziennej.	<input type="checkbox"/>	Przedszkole specjalne.....	<input type="checkbox"/>													
Opieka dzienna nad dzieckiem.....	<input type="checkbox"/>	Integracyjna placówka opieki dziennej.	<input type="checkbox"/>	Żadna z wymienionych placówek	<input type="checkbox"/>													
c) Obecnie dziecko uczęszcza do następującej placówki:																		
Żłobek.....	<input type="checkbox"/>	Przedszkole/placówka opieki dziennej.	<input type="checkbox"/>	Przedszkole specjalne.....	<input type="checkbox"/>													
Opieka dzienna nad dzieckiem.....	<input type="checkbox"/>	Integracyjna placówka opieki dziennej.	<input type="checkbox"/>	Żadna z wymienionych placówek	<input type="checkbox"/>													
<b>3. Jakie choroby zakaźne przebyło Państwa dziecko do tej pory? (Można wskazać wiele odpowiedzi)</b>																		
Ospa wietrzna.....	<input type="checkbox"/>	Swinka.....	<input type="checkbox"/>	Salmonella.....	<input type="checkbox"/>													
Szkarlatyna.....	<input type="checkbox"/>	Różyczka.....	<input type="checkbox"/>	Borelioza.....	<input type="checkbox"/>													
Rumień zakaźny.....	<input type="checkbox"/>	Krzusiec.....	<input type="checkbox"/>	Zapalenie mózgu/opon mózgowych.....	<input type="checkbox"/>													
Odra.....	<input type="checkbox"/>	Żółtaczką typu B.....	<input type="checkbox"/>	Rotawirusy.....	<input type="checkbox"/>													
Inne.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Brak.....	<input type="checkbox"/>													
Jeśli inne, jakie? _____																		
<b>4. Jakie ostre choroby przebyło Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (Można wskazać wiele odpowiedzi)</b>																		
Zapalenie oskrzeli.....	<input type="checkbox"/>	Zapalenie pęcherza moczowego/dróg moczowych	<input type="checkbox"/>	Atak pseudokrupu.....	<input type="checkbox"/>													
Zapalenie gardła/migdałków...	<input type="checkbox"/>	Zapalenie płuc.....	<input type="checkbox"/>	Napad drgawek.....	<input type="checkbox"/>													
Zapalenie ucha środkowego.....	<input type="checkbox"/>	Drgawki gorączkowe.....	<input type="checkbox"/>	Częste infekcje.....	<input type="checkbox"/>													
Infekcje żołądkowo-jelitowe....	<input type="checkbox"/>																	
Inne.....	<input type="checkbox"/>	Brak..... <input type="checkbox"/>																
Jeśli inne, jakie? _____																		

**5. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek przebyło zdiagnozowane przez lekarza następujące choroby lub dolegliwości? (Można wskazać wiele odpowiedzi) Proszę ewentualnie przedstawić odpowiednią dokumentację!**

- |                                  |                          |  |                          |                                 |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Alergie.....                     | <input type="checkbox"/> | Polipy (adenoidy).....                     | <input type="checkbox"/> | Napady drgawek (epilepsja)..... | <input type="checkbox"/> |
| Atopowe zapalenie skóry.....     | <input type="checkbox"/> | Bóle kręgosłupa.....                       | <input type="checkbox"/> | Guz/nowotwór.....               | <input type="checkbox"/> |
| Przewlekłe zapalenie oskrzeli... | <input type="checkbox"/> | Choroba tarczycy.....                      | <input type="checkbox"/> | Reumatyzm.....                  | <input type="checkbox"/> |
| Dychawica oskrzelowa.....        | <input type="checkbox"/> | Wada/choroby serca.....                    | <input type="checkbox"/> | Autyzm.....                     | <input type="checkbox"/> |
| Katar sienny.....                | <input type="checkbox"/> | Cukrzyca.....                              | <input type="checkbox"/> | Schorzenie wrodzone.....        | <input type="checkbox"/> |
| Alergie pokarmowe.....           | <input type="checkbox"/> | Przewlekłe zakażenie układu moczowego..... | <input type="checkbox"/> | Niepełnosprawność fizyczna..... | <input type="checkbox"/> |
| Alergiczne wysypki skórne.....   | <input type="checkbox"/> | ADHD.....                                  | <input type="checkbox"/> | Niepełnosprawność umysłowa...   | <input type="checkbox"/> |
| Inne.....                        | <input type="checkbox"/> | Choroby psychiczne.....                    | <input type="checkbox"/> | Brak.....                       | <input type="checkbox"/> |

Jeśli inne, jakie? \_\_\_\_\_

**6. Czy Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało następujące objawy lub dolegliwości? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |                               |                          |                          |                          |   |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Upośledzenie wzroku.....      | <input type="checkbox"/> | Pasożyty.....            | <input type="checkbox"/> | Nietolerancje pokarmowe.....                          | <input type="checkbox"/> |
| Upośledzenie słuchu.....      | <input type="checkbox"/> | Nadwaga.....             | <input type="checkbox"/> | Niepokój/nadaktywność ruchowa.....                    | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia mowy.....          | <input type="checkbox"/> | Niedowaga.....           | <input type="checkbox"/> | Agresja.....  | <input type="checkbox"/> |
| Opóźnienie rozwoju.....       | <input type="checkbox"/> | Częste bóle głowy.....   | <input type="checkbox"/> | Problemy z zasypianiem/snem.....                      | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia koncentracji.....  | <input type="checkbox"/> | Częste bóle brzucha..... | <input type="checkbox"/> | Częste chrapanie (bez infekcji).....                  | <input type="checkbox"/> |
| Moczenie nocne.....           | <input type="checkbox"/> | Częste bóle nóg.....     | <input type="checkbox"/> | Oddychanie ustami/zaburzone oddychanie przez nos..... | <input type="checkbox"/> |
| Niekontrolowane wypróżnianie. | <input type="checkbox"/> | Lękliwość.....           | <input type="checkbox"/> | Nadmierne zmęczenie w ciągu dnia....                  | <input type="checkbox"/> |
| Inne.....                     | <input type="checkbox"/> |                          |                          | Brak.....   | <input type="checkbox"/> |

Jeśli inne, jakie? \_\_\_\_\_

**7. Jakich lekarzy lub terapeutów odwiedziło Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |                      |                          |                          |                          |                                       |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Pediatra.....        | <input type="checkbox"/> | Okulista.....            | <input type="checkbox"/> | Uzdrowiciel.....                      | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz rodzinny..... | <input type="checkbox"/> | Laryngolog.....          | <input type="checkbox"/> | Psychiatra dziecięcy/młodzieżowy..... | <input type="checkbox"/> |
| Stomatolog.....      | <input type="checkbox"/> | Dermatolog.....          | <input type="checkbox"/> | Psycholog/psychoterapeuta.....        | <input type="checkbox"/> |
| Ortodonta.....       | <input type="checkbox"/> | Urolog.....              | <input type="checkbox"/> | Chirurg/ortopeda.....                 | <input type="checkbox"/> |
| Inny.....            | <input type="checkbox"/> | Kardiolog dziecięcy..... | <input type="checkbox"/> | Brak.....                             | <input type="checkbox"/> |

Jeśli inne, jakie? \_\_\_\_\_

**8. Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek przeprowadzono następujące badania lub leczenie? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |   |                          |   |       |
|---|--------------------------|---|-------|
| Diagnoza rozwojowa.....                         | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe informacje (np. operacja ambulatoryjna: polipy) | _____ |
| Pobyt w klinice rehabilitacyjnej lub uzdrowisku | <input type="checkbox"/> | _____   | _____ |
| Testy alergiczne.....                           | <input type="checkbox"/> | _____   | _____ |
| Operacja ambulatoryjna.....                     | <input type="checkbox"/> | _____   | _____ |
| Stacjonarne leczenie szpitalne.....             | <input type="checkbox"/> | _____   | _____ |
| Brak badań/leczenia.....                        | <input type="checkbox"/> |   |       |

**9. Jakie terapie lub formy wsparcia odbyło Państwa dziecko do tej pory? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |                                  |                          |                                      |                          |                                 |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Terapia językowa/ logopedia..... | <input type="checkbox"/> | Wczesne wspomaganie rozwoju.....     | <input type="checkbox"/> | Terapia pedagogiki leczniczej.. | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapia.....                 | <input type="checkbox"/> | Pomoc integracyjna.....              | <input type="checkbox"/> | Psychoterapia.....              | <input type="checkbox"/> |
| Fizjoterapia.....                | <input type="checkbox"/> | Doradztwo w zakresie wychowania..... | <input type="checkbox"/> | Doradztwo psychologiczne.....   | <input type="checkbox"/> |
| Leczenie ortodontyczne.....      | <input type="checkbox"/> |                                      |                          | Wsparcie dla rodzin (SPFH)..... | <input type="checkbox"/> |
| Inne.....                        | <input type="checkbox"/> |                                      |                          | Brak.....                       | <input type="checkbox"/> |

Jeśli inne, jakie? \_\_\_\_\_

Jakie były przyczyny/nowody niedocierania terapii lub skorzystania z zaznaczonych form wsparcia? \_\_\_\_\_

Okres/czas trwania terapii: \_\_\_\_\_

**10. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek uległo wypadkom lub przeszło zatrucia, które wymagały opieki medycznej? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |  |                          |   |                          |               |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Wypadek w domu.....                              | <input type="checkbox"/> | Wypadek w ruchu drogowym.....   | <input type="checkbox"/> | Zatrucie..... | <input type="checkbox"/> |
| Wypadek w placówce opieki (np. przedszkolu)..... | <input type="checkbox"/> | Wypadek w innym miejscu (np. w klubie dziecięcym, na sali gimnastycznej)..... | <input type="checkbox"/> | Brak.....     | <input type="checkbox"/> |

**11. Czy Państwa dziecko przyjmowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy lekarstwa?**

- Tak.....
- 
- Nie.....
- 

Jeśli tak, z jakiego powodu:

- |                                 | Regularnie               | W razie potrzeby         | Nazwa leku |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Alergie.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Dychawica oskrzelowa.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Epilepsja (napady drgawek)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Nadaktywność.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Inne choroby przewlekłe.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |

- Czy Państwa dziecko musi przyjmować leki w szkole? Regularnie.....
- 
- W razie potrzeby
- 
- Nie.....
- 

- Czy Państwa dziecko potrzebuje w szkole pomocy przy przyjmowaniu leków? Tak...
- 
- Nie...
- 
- Dziecko nie przyjmuje w szkole leków.....
- 

**12. Czy chcieliby Państwo jeszcze coś dodać na temat swojego dziecka?**

---

---

---

---

---

**13. Kto wypełnił ankietę? (Można wskazać wiele odpowiedzi)**

- |   |                          |              |                          |                    |                          |                         |                          |
|---|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1..... | <input type="checkbox"/> | Babcia.....  | <input type="checkbox"/> | Przybrana matka.   | <input type="checkbox"/> | Rodzeństwo dziecka..... | <input type="checkbox"/> |
| Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2..... | <input type="checkbox"/> | Dziadek..... | <input type="checkbox"/> | Przybrany ojciec.. | <input type="checkbox"/> | Inna osoba.....         | <input type="checkbox"/> |

## Udzielenie odpowiedzi na pytania 14-23 jest dobrowolne!

Pytania te służą przede wszystkim do określenia stanu zdrowia dziecka i wspierają badania poświęcone zdrowiu dzieci. Odpowiedzi udzielone na te pytania nie wpływają ani na badanie bilansowe dziecka przed pójściem do szkoły, ani na późniejsze badania lub orzeczenia. W razie wątpliwości można pozostawić niektóre pytania bez odpowiedzi. W żadnym razie nie wpłynie to negatywnie ani na Państwa, ani na Państwa dziecko.

<b>14. Jak długo Państwa dziecko było karmione piersią?</b>			
a) Nie było karmione piersią..	<input type="checkbox"/> Krócej niż 1 miesiąc.....	<input type="checkbox"/> 1-3 miesiące.....	<input type="checkbox"/>
4-6 miesięcy.....	<input type="checkbox"/> Dłużej niż 6 miesięcy.....	<input type="checkbox"/> Nie wiadomo.....	<input type="checkbox"/>
b) Od ___ miesiąca życia dziecko było dokarmiane (pokarmami stałymi i/lub mlekiem w proszku).		<input type="checkbox"/> Nie wiadomo.....	<input type="checkbox"/>
<b>15. U kogo głównie dziecko mieszka? (Tutaj proszę zaznaczyć tylko jedną opcję)</b>			
U rodzonych rodziców.....	<input type="checkbox"/> U przybranych rodziców/w rodzinie zastępczej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U osoby sprawującej opiekę rodzicielską 1 (osoba ta sama wychowuje dziecko).....	<input type="checkbox"/> U innych członków rodziny.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U osoby sprawującej opiekę rodzicielską 2 (osoba ta sama wychowuje dziecko).....	<input type="checkbox"/> U innych osób.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W rodzinie macochy/ojczyma lub w rodzinie patchworkowej.....	<input type="checkbox"/> W domu wychowawczym.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Model zmienny (dziecko mieszka przez taki sam czas u osób sprawujących opiekę rodzicielską, które żyją osobno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Ile dzieci mieszka łącznie w Państwa gospodarstwie domowym? (łącznie z dzieckiem, które ma iść do szkoły)</b>			
1 dziecko	<input type="checkbox"/> 2 dzieci	<input type="checkbox"/> 3 dzieci	<input type="checkbox"/> 4 dzieci
<input type="checkbox"/> Więcej niż 4 dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
, mianowicie _____ dzieci.			
<b>17. Jakimi językami posługują się Państwo w domu? (Można wskazać wiele odpowiedzi)</b>			
Język niemiecki.....	<input type="checkbox"/>	Inne języki.....	<input type="checkbox"/> Jakie? _____
<b>18. Z jakiego kraju Państwo pochodzą? (Podać dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)</b>			
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.	Niemcy	<input type="checkbox"/> Inny kraj	<input type="checkbox"/> Jaki? _____
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.	Niemcy	<input type="checkbox"/> Inny kraj	<input type="checkbox"/> Jaki? _____
<b>19. Jakie posiadają Państwo obywatelstwo? (Podać dla dziecka i dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)</b>			
Dziecko	Niemieckie	<input type="checkbox"/> Inne/ drugie obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Jakie? _____
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1	Niemieckie	<input type="checkbox"/> Inne/ drugie obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Jakie? _____
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2	Niemieckie	<input type="checkbox"/> Inne/ drugie obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Jakie? _____
<b>20. Czy w Państwa domu pali się wyroby tytoniowe?</b>			
Nigdy.....	<input type="checkbox"/> Czasami.....	<input type="checkbox"/> Często.....	<input type="checkbox"/>
<b>21. Jaki najwyższy dyplom Państwo posiadają? (Podać dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)</b>			
	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1..	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2..	
Dyplom szkoły głównej/ludowej.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyplom szkoły realnej (mała matura).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyplom szkoły wyższej zawodowej (technikum).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Matura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inna ukończona szkoła.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeszcze się uczyć.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ukończona szkoła bez dyplomu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brak informacji.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**22. Czy mają Państwo wykształcenie zawodowe? Jeśli tak, jakie?**

(Proszę podać najwyższy posiadany dyplom.)

	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.....	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.....
Nauka zawodu (kształcenie zawodowe w zakładzie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła zawodowa, szkoła handlowa (kształcenie zawodowe w zakładzie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła zawodowa (np. technikum, akademia zawodowa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyższa szkoła specjalistyczna, szkoła inżynierska.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniwersytet, szkoła wyższa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne uzyskane wykształcenie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeszcze odbywam kształcenie zawodowe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie ukończyłem(-łam) żadnej szkoły.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak informacji.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. W jakim zakresie pracują Państwo obecnie zawodowo?**

	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.....	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.....
Praca na cały etat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca na część etatu (np. praca w niepełnym wymiarze, praca na godziny) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obecnie nie pracuję zawodowo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>