

Анкета для обследования ребёнка перед поступлением в школу

Данные, полученные из ответов на вопросы 1-13, понадобятся школьному врачу для медицинского заключения в соответствии с § 11 Положения о государственных начальных школах федеральной земли Рейнланд-Пфальц. Сведения послужат основой для собеседования и для определения текущего уровня развития ребёнка. Убедительно просим вас ответить на эти вопросы. Неясности по отдельным вопросам могут быть устранены в ходе собеседования.



1. Данные о семье		Дата заполнения:			<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="text-align: center; font-size: 8px;">День</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Месяц</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">Год</td> </tr> </table>								День	Месяц	Год		
День	Месяц	Год															
	Ребёнок	Лицо 1 с родительскими правами (напр., отец/мать)			Лицо 2 с родительскими правами (напр., отец/мать)												
Фамилия																	
Имя																	
Пол	муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> иное <input type="checkbox"/>	муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> иное <input type="checkbox"/>	муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> иное <input type="checkbox"/>			муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> иное <input type="checkbox"/>											
Дата рождения	<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="text-align: center; font-size: 8px;">День</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Месяц</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">Год</td> </tr> </table>						День	Месяц	Год			Страна рождения ребёнка _____					
День	Месяц	Год															
Адрес																	

2. Как до сих пор осуществлялся уход за Вашим ребёнком? Какие детские дошкольные учреждения он посещал?

а) Уход за ребенком до достижения им возраста ____ лет и ____ месяцев осуществлялся исключительно в семье.

б) После этого он посещал следующие дошкольные учреждения: (допускается несколько вариантов ответа)

Ясли.....	<input type="checkbox"/>	Детский сад	<input type="checkbox"/>	Детсад компенсирующего вида....	<input type="checkbox"/>
Дневная детская группа....	<input type="checkbox"/>	Интегративный детский сад.....	<input type="checkbox"/>	Ничего не посещал	<input type="checkbox"/>

с) В настоящее время ребёнок посещает следующее детское дошкольное учреждение:

Ясли.....	<input type="checkbox"/>	Детский сад	<input type="checkbox"/>	Детсад компенсирующего вида....	<input type="checkbox"/>
Дневная детская группа...	<input type="checkbox"/>	Интегративный детский сад.....	<input type="checkbox"/>	Ничего не посещает	<input type="checkbox"/>

3. Какими инфекционными заболеваниями болел Ваш ребёнок? (Допускается несколько вариантов ответа)

Ветряная оспа.....	<input type="checkbox"/>	Свинка.....	<input type="checkbox"/>	Сальмонеллы.....	<input type="checkbox"/>
Скарлатина.....	<input type="checkbox"/>	Краснуха.....	<input type="checkbox"/>	Боррелиоз.....	<input type="checkbox"/>
Инфекционная эритема.....	<input type="checkbox"/>	Коклюш.....	<input type="checkbox"/>	Менингит/Воспаление мозговой оболочки	<input type="checkbox"/>
Корь.....	<input type="checkbox"/>	Гепатит В.....	<input type="checkbox"/>	Ротавирусная инфекция.....	<input type="checkbox"/>
Иные заболевания.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Не болел.....	<input type="checkbox"/>

В случае иных заболеваний: какие именно? _____

4. Какими острыми заболеваниями болел Ваш ребёнок за последний год? (Допускается несколько вариантов ответа)

Бронхит.....	<input type="checkbox"/>	Воспаление мочевого пузыря/мочевых путей.	<input type="checkbox"/>	Псевдокруп.....	<input type="checkbox"/>
Ангина/тонзиллит.....	<input type="checkbox"/>	Воспаление лёгких.....	<input type="checkbox"/>	Церебральные судорожные припадки.	<input type="checkbox"/>
Отит.....	<input type="checkbox"/>	Фебрильные судороги.....	<input type="checkbox"/>	Частые инфекции.....	<input type="checkbox"/>
Желудочно-кишечная инфекция..	<input type="checkbox"/>				
Иные заболевания.....	<input type="checkbox"/>			Не болел.....	<input type="checkbox"/>

В случае иных заболеваний: какие именно? _____

5. Были ли у Вашего ребёнка когда-либо диагностированы следующие заболевания или нарушения? (Допускается несколько вариантов ответа) Если да, просим предоставить полную документацию!

Аллергии.....	<input type="checkbox"/>	Полипы (аденоиды).....	<input type="checkbox"/>	Приступы судорог (эпилепсия).....	<input type="checkbox"/>
Нейродермит.....	<input type="checkbox"/>	Заболевания позвоночника.....	<input type="checkbox"/>	Онкологические заболевания.....	<input type="checkbox"/>
Хронический бронхит.....	<input type="checkbox"/>	Заболевания щитовидной железы...	<input type="checkbox"/>	Ревматизм.....	<input type="checkbox"/>
Бронхиальная астма.....	<input type="checkbox"/>	Порок сердца/заболевания сердца..	<input type="checkbox"/>	Аутизм.....	<input type="checkbox"/>
Аллергический ринит.....	<input type="checkbox"/>	Сахарный диабет.....	<input type="checkbox"/>	Врождённые нарушения.....	<input type="checkbox"/>
Пищевые аллергии.....	<input type="checkbox"/>	Хронические инфекционные заболевания мочевых путей.....	<input type="checkbox"/>	Физические нарушения.....	<input type="checkbox"/>
Аллергические экземы.....	<input type="checkbox"/>	Синдром дефицита внимания.....	<input type="checkbox"/>	Умственные нарушения.....	<input type="checkbox"/>
Иные заболевания.....	<input type="checkbox"/>	Психические заболевания.....	<input type="checkbox"/>	Не было.....	<input type="checkbox"/>

В случае иных заболеваний: какие именно? _____

6. Наблюдались ли у Вашего ребёнка за последний год следующие симптомы или отклонения? (Допускается несколько вариантов ответа)

Нарушения зрения.....	<input type="checkbox"/>	Гельминтоз (глистные инвазии).....	<input type="checkbox"/>	Непереносимость пищевых продуктов.....	<input type="checkbox"/>
Нарушения слуха.....	<input type="checkbox"/>	Избыточный вес.....	<input type="checkbox"/>	Двигательное беспокойство/гиперактивность.....	<input type="checkbox"/>
Нарушения речи.....	<input type="checkbox"/>	Недостаточная масса тела..	<input type="checkbox"/>	Агрессивность.....	<input type="checkbox"/>
Замедление в развитии.....	<input type="checkbox"/>	Частые головные боли.....	<input type="checkbox"/>	Нарушения сна.....	<input type="checkbox"/>
Нарушения внимания.....	<input type="checkbox"/>	Частые боли в животе.....	<input type="checkbox"/>	Частый храп (без инфекции).....	<input type="checkbox"/>
Ночное недержание мочи.....	<input type="checkbox"/>	Частые боли в ногах.....	<input type="checkbox"/>	Дыхание ртом/ затруднённое дыхание носом	<input type="checkbox"/>
Недержание кала.....	<input type="checkbox"/>	Боязливость.....	<input type="checkbox"/>	Выраженная дневная усталость.....	<input type="checkbox"/>
Иное.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Не наблюдались.....	<input type="checkbox"/>

В случае иных симптомов: какие именно? _____

7. Каких врачей/терапевтов посещал Ваш ребёнок за последний год? (Допускается несколько вариантов ответа)

Педиатр.....	<input type="checkbox"/>	Офтальмолог	<input type="checkbox"/>	Натуропат.....	<input type="checkbox"/>
Домашний врач	<input type="checkbox"/>	Отоларинголог	<input type="checkbox"/>	Детский/подростковый психиатр.....	<input type="checkbox"/>
Стоматолог	<input type="checkbox"/>	Дерматолог	<input type="checkbox"/>	Психолог /психотерапевт.....	<input type="checkbox"/>
Челюстно-лицевой хирург.....	<input type="checkbox"/>	Уролог.....	<input type="checkbox"/>	Хирург/Ортопед.....	<input type="checkbox"/>
Прочие.....	<input type="checkbox"/>	Детский кардиолог.....	<input type="checkbox"/>	Не посещал.....	<input type="checkbox"/>

Если прочие, то какие? _____

8. Проходил ли Ваш ребёнок следующие обследования/курсы лечения? (Допускается несколько вариантов ответа)

Подробная информация (напр., амбулаторная операция, удаление полипов)

Диагностика развития.....	<input type="checkbox"/>	_____
Пребывание в санатории/реабилитационной клинике.....	<input type="checkbox"/>	_____
Тест на аллергию.....	<input type="checkbox"/>	_____
Амбулаторная операция.....	<input type="checkbox"/>	_____
Стационарное лечение в больнице.....	<input type="checkbox"/>	_____
Обследований/лечения не проводилось.....	<input type="checkbox"/>	

9. Какой вид терапии/поддержки получал Ваш ребёнок ранее? (Допускается несколько вариантов ответа)

Логотерапия / логопедия.....	<input type="checkbox"/>	Программа раннего развития...	<input type="checkbox"/>	Лечебная педагогика.....	<input type="checkbox"/>
Эрготерапия.....	<input type="checkbox"/>	Интеграционная помощь.....	<input type="checkbox"/>	Психотерапия.....	<input type="checkbox"/>
Физиотерапия.....	<input type="checkbox"/>	Педагогическая консультация..	<input type="checkbox"/>	Консультации психолога.....	<input type="checkbox"/>
Лечение у челюстно-лицевого хирурга...	<input type="checkbox"/>			Социальная служба помощи семье...	<input type="checkbox"/>
Прочее.....	<input type="checkbox"/>			Не получал.....	<input type="checkbox"/>

Если прочее, то что именно? _____

Каковы были причины/основания для терапии и/или поддержки? _____

Период/длительность терапии: _____

10. Были ли у Вашего ребёнка травмы или отравления, потребовавшие медицинского вмешательства? (Допускается несколько вариантов ответа)

Несчастный случай дома.....	<input type="checkbox"/>	Дорожно-транспортное происшествие.....	<input type="checkbox"/>	Отравление.....	<input type="checkbox"/>
Несчастный случай в дошкольном учреждении (напр., в детсаду).....	<input type="checkbox"/>	Несчастный случай при других обстоятельствах (напр., при занятии спортом, в спортзале).....	<input type="checkbox"/>	Не было.....	<input type="checkbox"/>

11. Принимал ли Ваш ребёнок за последний год медикаменты?

Да..... Нет.....

Если да, по какой причине:	Регулярно	По мере необходимости	Наименование медикамента
Аллергии.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Бронхиальная астма.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Эпилепсия (судорожные припадки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Гиперактивность.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Другие хронические заболевания.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Нужны ли Вашему ребёнку какие-либо медикаменты во время школьных занятий? Регулярно..... По необходимости Нет.....

Нужна ли Вашему ребёнку помощь при приеме медикаментов во время школьных занятий? Да.... Нет.... Нет необходимости в приеме медикаментов во время школьных занятий.....

12. Хотели бы Вы ещё что-нибудь сообщить о своём ребёнке?

13. Кто заполнял анкету? (Допускается несколько вариантов ответа)

Лицо с родительскими правами 1.....	<input type="checkbox"/>	Бабушка.....	<input type="checkbox"/>	Приёмная мать....	<input type="checkbox"/>	Брат/сестра ребёнка....	<input type="checkbox"/>
Лицо с родительскими правами 2.....	<input type="checkbox"/>	Дедушка.....	<input type="checkbox"/>	Приёмный отец....	<input type="checkbox"/>	Иное лицо.....	<input type="checkbox"/>

Ответы на вопросы 14-23 являются добровольными!

Приведённые здесь вопросы служат, в первую очередь, для составления отчётности о состоянии здоровья населения. Обследование ребёнка перед поступлением в школу, а также последующие обследования и заключения проводятся независимо от данной отчётности. В случае сомнения Вы вправе не отвечать на отдельные вопросы. Разумеется, ни для Вас, ни для вашего ребёнка это не будет иметь никаких отрицательных последствий.

14. В течение какого времени Ваш ребёнок был на грудном вскармливании?			
a) Никогда не был.....	<input type="checkbox"/>	Менее 1 месяца.....	<input type="checkbox"/>
4-6 месяцев.....	<input type="checkbox"/>	Более 6 месяцев.....	<input type="checkbox"/>
b) Начиная с ____ месяца жизни вводили прикорм/давали молочную смесь		Неизвестно.....	<input type="checkbox"/>
15. С кем, в основном, живёт ребёнок? (просим отметить крестиком)			
С кровными родителями.....	<input type="checkbox"/>	С приёмными родителями/усыновителями.....	<input type="checkbox"/>
С матерью-одиночкой.....	<input type="checkbox"/>	С другими членами семьи.....	<input type="checkbox"/>
С отцом-одиночкой.....	<input type="checkbox"/>	С другими лицами.....	<input type="checkbox"/>
В сводной семье.....	<input type="checkbox"/>	В детском приюте.....	<input type="checkbox"/>
Попеременное проживание (с каждым из родителей, живущих отдельно).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Сколько всего детей проживают в Вашем домохозяйстве? (включая ребёнка, поступающего в школу)			
1 ребёнок	<input type="checkbox"/>	2 детей	<input type="checkbox"/>
3 детей	<input type="checkbox"/>	4 детей	<input type="checkbox"/>
Более 4 детей	<input type="checkbox"/>	а именно ____ детей.	<input type="checkbox"/>
17. На каком языке/языках Вы общаетесь дома? (Допускается несколько вариантов ответа)			
На немецком.....	<input type="checkbox"/>	На других языках.....	<input type="checkbox"/>
		На каких? _____	
18. В какой стране Вы родились? (Просим указать для обоих родителей)			
Родитель 1	В Германии	<input type="checkbox"/>	В другой стране
		<input type="checkbox"/>	В какой? _____
Родитель 2	В Германии	<input type="checkbox"/>	В другой стране
		<input type="checkbox"/>	В какой? _____
19. Какое у Вас гражданство? (Просим указать гражданство ребёнка и обоих родителей)			
Ребёнок	Немецкое	<input type="checkbox"/>	Другое/дополнительное гражданство
		<input type="checkbox"/>	Какое? _____
Родитель 1	Немецкое	<input type="checkbox"/>	Другое/дополнительное гражданство
		<input type="checkbox"/>	Какое? _____
Родитель 2	Немецкое	<input type="checkbox"/>	Другое/дополнительное гражданство
		<input type="checkbox"/>	Какое? _____
20. Курят ли у Вас дома?			
Никогда.....	<input type="checkbox"/>	Иногда.....	<input type="checkbox"/>
		Часто.....	<input type="checkbox"/>
21. Какой у Вас самый высокий уровень школьного образования? (Просим указать для обоих родителей)			
	Родитель 1	Родитель 2	
Свидетельство об окончании основной/народной школы.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Свидетельство об окончании реальной школы (среднее общее образование).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Аттестат профессиональной зрелости (Fachoberschule).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Аттестат зрелости.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Другое школьное образование.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Ещё) на стадии получения школьного образования (учащийся/учащаяся).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Окончил/окончила школу без аттестата.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Не указано.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Имеете ли Вы завершённое профессиональное образование? Если да, то какое?			
(Укажите самый высокий уровень завершённого профобразования, который сейчас имеете)	Родитель 1	Родитель 2	
Ученичество (на рабочем месте и в центре профобучения).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Профтехучилище, коммерческое училище (профессиональное школьное образование).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Техникум (напр., Meister-Techniker-Schule, Berufs-/Fachakademie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Высшая прикладная школа, инженерный вуз.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Университет, профильный вуз.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Другое профессиональное образование.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ещё на стадии получения профессионального образования.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Нет завершённого профессионального образования.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Не указано.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Тип Вашей занятости в настоящее время?			
	Родитель 1	Родитель 2	
Полная занятость.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Неполная занятость (напр., частичная занятость, почасовая работа).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
В настоящее время не работаю.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

