

## استبيان للآباء بخصوص فحص القبول

يحتاج طبيب/طبيبة المدرسة البيانات الواردة في الأسئلة ١ - ١٢ للرأي الطبي/أو الطبيب المدرسي وفقاً للمادة ١١ من قانون المدارس الابتدائية في ولاية راينلاندبفالتس. وتستخدم هذه المعلومات كأساس لحوار مشترك ولتحديد حالة تطور الطفل الراهنة. وعلى كل حال سوف تُطلب الإجابة على هذه الأسئلة. وأثناء الحوار يمكن أن يتم شرح الأسئلة غير الواضحة.



**Rheinland-Pfalz**  
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE

## 1. بيانات تتعلق بالعائلة

مئى الاستبيان يوم

□□	□□	□□□□
يوم	شهر	عام

	طفل	أم	أب
اسم العائلة	_____	_____	_____
الاسم	_____	_____	_____
العنوان	_____	_____	_____
النوع	□...ثىثناً □...ركذ		
تاريخ الميلاد	□□□□ □□□□ □□□□ يوم شهر عام	بلد ميلاد الطفل _____	

## 2. ما هي رياض الأطفال التي كان طفلك ملتحقاً بها؟ (ذكر أكثر من مكان يُعد أمراً ممكناً)

- روضة رياض الأطفال التنموية.....  روضة أطفال/حضانة الرعاية النهارية.....  حضانة.....  حضانة الرعاية النهارية.....  
 لا توجد روضة أطفال.....  حضانة الرعاية النهارية الاندماجية.....  حضانة الرعاية النهارية.....

يذهب الطفل الى هذه المؤسسة منذ \_\_\_\_\_ سنوات و \_\_\_\_\_ أشهر

عمر الطفل مع بداية رعايته خارج العائلة: سنوات \_\_\_\_\_ شهور \_\_\_\_\_

## 3. ما هي الأمراض المعدية التي أصابت طفلك من قبل؟

- السلّمونيليا.....  النكاف.....  الجدري.....  داء البورليات.....  الحمراء.....  الحمى القرمزية.....  
 التهاب السحايا.....  السعال الديكي.....  الحصبة الألمانية.....  الفيروسات العجلية.....  التهاب الكبدى فئة ب.....  الحصبة.....  
 لا توجد.....  لو هناك أمراض أخرى، ما هي \_\_\_\_\_ أمراض أخرى.....

## 4. ما هي الأمراض الحادة التي ظهرت في الـ 12 شهر الأخيرة؟

- نوبة خانوق كاذب.....  التهاب المسالك البولية والمثانة.....  التهاب الشعب.....  تشنج عصبي.....  التهاب رئوي.....  التهاب اللوزتين والتهاب الحلق.....  عدوى متكررة.....  تشنج حراري.....  التهاب الأذن الوسطى.....  عدوى الجهاز الهضمي.....  
 لا يوجد.....  لو هناك أمراض أخرى، ما هي \_\_\_\_\_ أمراض أخرى.....

## 5. هل كان طفلك مصاب بالضعف الصحي التالي وقام طبيب بتشخيصه؟

من فضلك أخطر معك عند الضرورة المستندات الهامة!

- تشنجات عصبية (الصرع).....  الأورام الحميدة (الزائدة الأنفية).....  حساسية.....  أمراض الأورام/السرطان.....  آلام العمود الفقري.....  التهاب الجلد العصبي.....  
 روماتزم.....  مرض الغدة الدرقية.....  التهاب القصات الهوائية المزمن.....  مرض التوحد.....  عيب خلقي بالقلب.....  الربو.....  مرض خلقي.....  داء السكري.....  حساسية القش (اللقاح).....  
 ضعف جسدي.....  عدوى المسالك البولية.....  حساسية الأطعمة.....  ضعف ذهني.....  اضطراب قصور الانتباه.....  حساسية الطفح الجلدي.....  
 لا يوجد.....  ولو كان هناك أمراض أخرى، ما هي؟ \_\_\_\_\_ أخرى.....

6. هل ظهرت على طفلك في الـ 12 شهر الأخيرة الأعراض التالية أو حتى كانت ملقحة للنظر؟

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> عدم تحمل المواد الغذائية.....            | <input type="checkbox"/> أمراض الديدان.....       | <input type="checkbox"/> ضعف البصر.....                 |
| <input type="checkbox"/> فرط الحركة.....                          | <input type="checkbox"/> وزن زائد.....            | <input type="checkbox"/> ضعف السمع.....                 |
| <input type="checkbox"/> العدوانية.....                           | <input type="checkbox"/> قلة وزن.....             | <input type="checkbox"/> خصوصية اللغة.....              |
| <input type="checkbox"/> اضطراب في النوم.....                     | <input type="checkbox"/> آلام الرأس المتكررة..... | <input type="checkbox"/> تأخر تطور اللغة.....           |
| <input type="checkbox"/> شخير متكرر (بدون عدوى).....              | <input type="checkbox"/> آلام البطن المتكررة..... | <input type="checkbox"/> خلل في القدرة على التركيز..... |
| <input type="checkbox"/> تنفس من الفم/إعاقة في التنفس بالأنف..... | <input type="checkbox"/> آلام الساق المتكررة..... | <input type="checkbox"/> التبول اللاإرادي.....          |
| <input type="checkbox"/> نعاس بالنهار حاد.....                    | <input type="checkbox"/> التخوف.....              | <input type="checkbox"/> سلسل البراز اللاإرادي.....     |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....                             | لو كانت هناك أمراض أخرى، فما هي؟ _____            |   |

7. من هم الأطباء أو المعالجين الذين كان لديهم طفلك في الـ 12 شهر الأخيرة.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> أخصائي علاج طبيعي..... | <input type="checkbox"/> طبيب عيون.....                  | <input type="checkbox"/> طبيب أطفال.....        |
| <input type="checkbox"/> طبيب أطفال نفساني..... | <input type="checkbox"/> طبيب الأنف والأذن والحنجرة..... | <input type="checkbox"/> طبيب عام.....          |
| <input type="checkbox"/> طبيب نفسي.....         | <input type="checkbox"/> طبيب جلدية.....                 | <input type="checkbox"/> طبيب أسنان.....        |
| <input type="checkbox"/> جراح/طبيب عظام.....    | <input type="checkbox"/> طبيب مسالك بولية.....           | <input type="checkbox"/> طبيب تقوم الأسنان..... |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....           | لدى أي من هؤلاء الأطباء؟ _____                           |   |

8. هل كانت تُجرى الفحوصات أو المعالجات التالية مع طفلك؟

بيانات دقيقة (على سبيل المثال عمليات طارئة: الأورام الحميدة)

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> تشخيص التطور.....                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> مدة الاستشفاء والنقاهة.....        | _____ |
| <input type="checkbox"/> اختبار حساسية.....                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> عملية طارئة.....                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> معالجة بالإقامة داخل المستشفى..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد فحوصات/ معالجات.....       | _____ |

9. ما هي المعالجات أو المساعدات التي حصل عليها طفلك حتى الآن؟

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> معالجة تربوية.....  | <input type="checkbox"/> تدخل مبكر.....                                 | <input type="checkbox"/> علاج النطق / لوغويديا..... |
| <input type="checkbox"/> العلاج النفسي.....  | <input type="checkbox"/> دعم لغوي في حضانة الرعاية اليومية للأطفال..... | <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي المهني..... |
| <input type="checkbox"/> مساعدة أسرية.....   | <input type="checkbox"/> مساعدة اندماج.....                             | <input type="checkbox"/> علاج فيزيائي.....          |
| <input type="checkbox"/> الارشاد النفسي..... | <input type="checkbox"/> الارشاد التربوي.....                           | <input type="checkbox"/> معالجة تقويم الأسنان.....  |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....        | لو هناك معالجات/مساعدات أخرى، فما هي؟ _____                             |   |

10. هل كان طفلك يعاني من تسمم أو أصيب في حادثة، مما استدعى الأمر لمعالجة طبية؟

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> تسمم.....    | <input type="checkbox"/> حادثة في الحركة المرورية.....     | <input type="checkbox"/> حادثة في المنزل.....                                   |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد..... | <input type="checkbox"/> حادثة في إحدى الأماكن الأخرى..... | <input type="checkbox"/> حادثة في حضانة الرعاية اليومية للأطفال/مدرسة/نادي..... |

11. هل تناول طفلك في السنة الأخيرة أدوية؟

- |                                    |                                   |                         |                          |                          |                               |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (Nein) لا | <input type="checkbox"/> (Ja) نعم | (Medikament) اسم الدواء | (Bei Bedarf) بانتظام     | (Regelmäßig) عند الحاجة  | (Wenn ja, wegen) لو نعم، بسبب |
|                                    |                                   | _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حساسية.....                   |
|                                    |                                   | _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ربو.....                      |
|                                    |                                   | _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صرع (تشنجات عصبية).....       |
|                                    |                                   | _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فرط حركة.....                 |
|                                    |                                   | _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آلام أخرى.....                |

12. هل تريد أن نخبرنا بأشياء أخرى عن طفلك؟

\_\_\_\_\_

## لك أن تجيب على الأسئلة 13-22 طواعية!

تستخدم هذه الأسئلة بالدرجة الأولى للتغطية الإعلامية الصحية على مستوى الولاية. ولا يرتبط ذلك بفحص القبول بالمدرسة، كما أن ذلك لا يرتبط بالفحوصات اللاحقة أو الآراء المتعلقة بذلك. وبلا شك يمكنك أن تترك بعض الأسئلة دون إجابة. وبالطبع لن يلحق بك أو بطفلك أية أضرار من ذلك.

### 13. ما هي مدة الرضاعة الطبيعية لطفلك؟

- أ. من 1-3 أشهر .....  أقل من شهر .....  لم تتم الرضاعة الطبيعية .....  غير معروف .....
- ب. أكثر من 6 أشهر .....  من 4-6 أشهر .....  لقد تمت الرضاعة حتى الشهر  فقط

### 14. مع من يعيش الطفل بصفة رئيسية؟ (يرجى منك أن تضع فقط علامة ×)

- في ملجأ .....  لدى الآباء بالتبني .....
- لدى الآباء الحقيقيين .....  لدى الأم مع شريك/ة الحياة .....
- لدى أعضاء آخرين من العائلة .....  لدى الأم المعيلة بمفردها .....
- لدى أشخاص آخرين .....  لدى الأب مع شريك/ة الحياة .....
- لدى الأب المعيل بمفرده .....

### 15. كم من الأطفال الذين يعيشون على نفقتك؟ (بما فيهم الطفل الذي سيدخل المدرسة)

- كم طفلاً؟ ..... أكثر من 4 .....  4 أطفال .....  3 أطفال .....  2 طفلين .....  1 طفل .....

### 16. ما هي اللغات التي يتم التحدث بها لديك في المنزل؟ (يمكن ذكر أكثر من لغة)

- (Welche andere Sprachen) لغات أخرى .....  (Deutsch) اللغة الألمانية .....  لغات أخرى .....

### 17. في أي بلد ولدت؟ (يرجى منك أن تذكر ذلك لكلا الأبوين)

- (in welchem Land?) في أي بلد؟ ..... (in einem anderen Land) في بلد آخر .....  (in Deutschland) في ألمانيا .....
- في أي بلد؟ ..... في بلد آخر .....  في ألمانيا .....

### 18. ما هي جنسيتك؟ (يرجى ذكر ذلك للطفل ولكلا الأبوين)

- (Welche?) ماهي؟ ..... (andere/weitere Staatsangehörigkeit) جنسية أخرى .....  (Deutsch) ألمانية .....
- ماهي؟ ..... جنسية أخرى .....  ألمانية .....
- ماهي؟ ..... جنسية أخرى .....  ألمانية .....

### 19. هل يُدخن في منزلك؟

- غالباً .....  أحياناً .....  لا .....

### 20. ما هي الشهادات التي حصلت عليها (يرجى منك فقط ذكر أعلى شهادة حصلت عليها، وذكر ذلك لكلا الوالدين!)

- (Vater/Sorgeberechtigter) أب/حاضن ..... (Mutter/Sorgeberechtigte) أم/حاضنة
- شهادة إتمام التعليم الأساسي/ شهادة إتمام التعليم الشعبي .....  شهادة إتمام التعليم الأساسي/ شهادة إتمام التعليم الشعبي .....
- شهادة الثانوية العامة .....  شهادة الثانوية العامة .....
- شهادة تأهيل للدراسة بجامعة العلوم التطبيقية .....  شهادة تأهيل للدراسة بجامعة العلوم التطبيقية .....
- شهادة الثانوية العامة .....  شهادة الثانوية العامة .....
- تأهيل مدرسي آخر .....  تأهيل مدرسي آخر .....
- لا يزال في الدراسة المدرسية (تلميذ) .....  لا يزال في الدراسة المدرسية (تلميذ) .....
- أنهى المدرسة دون الحصول على شهادة مدرسية .....  أنهى المدرسة دون الحصول على شهادة مدرسية .....

21. هل لديك شهادة إتمام تدريب مهني؟

لو نعم، ما هي؟ (اذكر من فضلك فقط أعلى شهادة حصلت عليها واذكر ذلك لكلا الوالدين!)

(Vater/Sorgeberechtigter)

أب/حاضن

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Mutter/Sorgeberechtigte)

أم/حاضنة

..... تعليم (تدريب مهني ومؤسسي)

..... مدرسة مهنية، مدرسة تجارية (تدريب مهني مدرسي)

..... مدرسة متخصصة (على سبيل المثال مدرسة معلم وفني، أكاديمية مهنية أو متخصصة)

..... معهد فني عالي، مدرسة هندسية

..... جامعة، معهد عالي

..... شهادة تدريب مهني آخر

..... لا يزال في التدريب المهني

..... لم يحصل على شهادة

22. من أجاب على هذا الاستبيان؟

..... أم/حاضنة

..... جدة

..... مربية

..... أخوة الطفل

..... أب/حاضن

..... جد

..... مربّي

..... شخص آخر