

Въпросник за родители във връзка с преглед за прием в учебно заведение

ДАННИТЕ ОТ ВЪПРОСИТЕ ОТ 1 ДО 12 СА НЕОБХОДИМИ НА УЧИЛИЩНИЯ ЛЕКАР ЗА ОЦЕНКА В РАМКИТЕ НА УЧИЛИЩЕТО / МЕДИЦИНСКА ОЦЕНКА СЪГЛАСНО § 11 ОТ УЧИЛИЩНАТА НАРЕДБА ЗА ПУБЛИЧНИТЕ ОСНОВНИ УЧИЛИЩА В ПРОВИНЦИЯ РЕЙНЛАНД-ПФАЛЦ. ИНФОРМАЦИЯТА СЛУЖИ ЗА ОСНОВА ЗА ОБЩИЯ РАЗГОВОР И УСТАНОВЯВАНЕ НА ТЕКУЩИЯ СТАТУС НА РАЗВИТИЕТО НА ДЕТЕТО. ОТГОВОРИТЕ НА ТЕЗИ ВЪПРОСИ ЩЕ БЪДАТ ПОИСКАНИ ВЪВ ВСИЧКИ СЛУЧАИ. ЕВЕНТУАЛНИТЕ НЕЯСНОТИ ВЪВ ВРЪЗКА С ОТДЕЛНИТЕ ВЪПРОСИ МОГАТ ДА БЪДАТ ИЗЯСНЕНИ В ХОДА НА РАЗГОВОРА.



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

1. Информация за семейството

Ausgefüllt am:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ден		месец		година	

	Дете	Майка	Баща
Фамилно име	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Собствено и бащино име	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адрес	<input type="text"/>		
Пол	мъжки... <input type="checkbox"/> женски... <input type="checkbox"/>		
Дата на раждане	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ден	месец	година
	Страна на раждане на детето <input type="text"/>		

2. Какви институции е посещавало детето Ви досега? (възможен е повече от един отговор)

Детски ясли Детска градина/занималня Помощна детска градина
 Дневна детска група Интегративна занималня **Не е посещавало институция**

Детето посещава от _____ години и _____ месеца сегашното заведение.

Възраст на детето към началото на първата грижа извън семейството: _____ години и _____ месеца.

3. От какви инфекциозни заболявания е боледувало детето до момента?

Варицела Заушка Салмонела
 Скарлатина Рубеола Лаймска болест
 Инфекциозен еритем Коклюш (магарешка кашлица) Енцефалит/менингит
 Морбили Хепатит В Ротавируси
Други Ако сте посочили „други“, какви? _____ **Не е боледувало**

4. От какви остри заболявания е боледувало детето през последните 12 месеца?

Бронхит Възпаление на пикочния мехур / пикочните пътища Пристъп на спастичен круп
 Ангина / възпаление на сливиците Пневмония Пристъп на церебрални гърчове
 Възпаление на средното ухо Фебрилни гърчове Чести инфекции
 Стомашно-чревна инфекция
Други Ако сте посочили „други“, какви? _____ **Не е боледувало**

5. Детето Ви било ли е диагностицирано от лекар с някое от следните заболявания/увреждания? Ако е възможно, моля, носете информативни документи!

Алергии Полипи (аденоиди) Припадъци (епилепсия)
 Невродермит Заболявания на гръбначния стълб Туморно/онкологично заболяване
 Хроничен бронхит Заболяване на щитовидната жлеза Ревматизъм
 Бронхиална астма Порок/заболяване на сърцето Аутизъм
 Сенна хрема Захарен диабет Вродено увреждане
 Хранителна алергия Хронични инфекции на пикочните пътища Физическо увреждане
 Алергични обриви Синдром на дефицит на вниманието Умствено увреждане
Други Ако сте посочили „други“, какви? _____ **Не е боледувало**

6. Имало ли е през последните 12 месеца Вашето дете някой от следните симптоми или отклонения?

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Увреждане на зрението | <input type="checkbox"/> | Анкилостомидоза | <input type="checkbox"/> | Непоносимост към храни | <input type="checkbox"/> |
| Увреждане на слуха | <input type="checkbox"/> | Наднормено тегло | <input type="checkbox"/> | Двигателно безпокойство / хиперактивност | <input type="checkbox"/> |
| Аномалии в говора | <input type="checkbox"/> | Поднормено тегло | <input type="checkbox"/> | Агресивност | <input type="checkbox"/> |
| Изоставане в развитието | <input type="checkbox"/> | Често главоболие | <input type="checkbox"/> | Проблеми при заспиване / разстройство на съня | <input type="checkbox"/> |
| Разстройство на концентрацията | <input type="checkbox"/> | Чести стомашни болки | <input type="checkbox"/> | Често хъркане (без инфекции) | <input type="checkbox"/> |
| Нощно напикаване | <input type="checkbox"/> | Чести болки в краката | <input type="checkbox"/> | Дишане през устата / затруднено дишане през носа | <input type="checkbox"/> |
| Непроизволна дефекация | <input type="checkbox"/> | Тревожност | <input type="checkbox"/> | Изразена прекомерна сънливост през деня | <input type="checkbox"/> |
| Други | <input type="checkbox"/> | Ако сте посочили „други“, какви? _____ | | Не е имало | <input type="checkbox"/> |

7. Какви лекари или терапевти е посещавало детето Ви през последните 12 месеца?

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Педиатър | <input type="checkbox"/> | Офталмолог | <input type="checkbox"/> | Натуротерапевт | <input type="checkbox"/> |
| Личен лекар | <input type="checkbox"/> | УНГ лекар | <input type="checkbox"/> | Детски и юношески психиатър | <input type="checkbox"/> |
| Зъболекар | <input type="checkbox"/> | Дерматолог | <input type="checkbox"/> | Психолог | <input type="checkbox"/> |
| Ортодонт | <input type="checkbox"/> | Уролог | <input type="checkbox"/> | Хирург/ортопед | <input type="checkbox"/> |
| При друг лекар | <input type="checkbox"/> | При какъв? _____ | | Не е посещавало | <input type="checkbox"/> |

8. Провеждани ли са някога следните прегледи или лечения на Вашето дете?

Подробна информация (напр. амбулаторни операции: полипи)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| Диагностика на развитието | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Рехабилитация или балнеосанаторно лечение | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Тест за алергии | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Амбулаторна операция | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Стационарно болнично лечение | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Няма изследвания/терапии | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Какво лечение е провеждано или каква подкрепа е получавало досега Вашето дете?

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Речева терапия /логопедия | <input type="checkbox"/> | Подпомагане в ранна възраст | <input type="checkbox"/> | Лечение от възпитател-терапевт | <input type="checkbox"/> |
| Трудова терапия | <input type="checkbox"/> | Стимулиране на езиковото развитие в детската градина | <input type="checkbox"/> | Психотерапия | <input type="checkbox"/> |
| Физиотерапия | <input type="checkbox"/> | Подкрепа и помощ при интеграция | <input type="checkbox"/> | Семейно подпомагане | <input type="checkbox"/> |
| Ортодонтоско лечение | <input type="checkbox"/> | Семейно консултиране | <input type="checkbox"/> | Психологическо консултиране | <input type="checkbox"/> |
| Други | <input type="checkbox"/> | Ако сте посочили „други“, какви? _____ | | Не са провеждани | <input type="checkbox"/> |

10. Претърпявало ли е някога Вашето дете инциденти или отравяния, изискващи медицинско лечение?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Домашен инцидент | <input type="checkbox"/> | Пътнотранспортно произшествие | <input type="checkbox"/> | Отравяне | <input type="checkbox"/> |
| Злополука в детската градина / училище / спортен клуб | <input type="checkbox"/> | Злополука на друго място | <input type="checkbox"/> | Не е претърпявало | <input type="checkbox"/> |

11. През последната година детето Ви приемало ли е лекарства?

Не... Да...

- | Ако да, за: | Редовно | При необходимост | Наименование на лекарството: |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Алергии | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Астма | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Епилепсия (гърчове) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Хиперактивност | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Други | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

12. Желаете ли да ни съобщите още нещо за Вашето дете?

Даването на отговори на въпросите от 13 до 22 е доброволно!

Тези въпроси служат основно за изготвяне на справки за здравното състояние на населението в провинцията. Както прегледът за прием в учебното заведение, така и всички по-късни прегледи и становища не зависят от техните отговори. В случай че изпитвате съмнения, можете да оставите някои от въпросите без отговор. Разбира се, в резултат на това за Вас или за Вашето дете няма да възникнат никакви вреди.

13. Колко време е кърмено Вашето дете?

- a. Не е кърмено..... По-малко от 1 месец..... 1-3 месеца
4-6 месеца..... Повече от 6 месеца..... Не е известно.....
- b. Кърмено е **само** до -ия месец след раждането. Неизвестно

14. При кого основно живее детето? (моля, тук отбележете само един отговор)

- При биологичните родители В дом.....
При майката с партньор/ка При приемни родители / осиновители
При самотна майка При други членове на семейството.....
При бащата с партньор/ка При други лица
При самотен баща.....

15. Колко деца общо живеят във Вашето домакинство? (включително детето, което ще тръгне на училище)

- 1 дете... 2 деца... 3 деца... 4 деца... Повече от 4 деца... Колко? _____

16. Какви езици се говорят във Вашия дом? (възможен е повече от един отговор)

- Немски език..... Други езици..... Какви? _____

17. В коя държава сте родени? (моля, посочете и за двамата родители)

- Майка В Германия В друга държава В коя? _____
Баща В Германия В друга държава..... В коя? _____

18. Какво гражданство имате? (моля, посочете за детето и двамата родители)

- Дете германско... Друго/двойно гражданство Какво? _____
Майка германско... Друго/двойно гражданство Какво? _____
Баща германско... Друго/двойно гражданство Какво? _____

19. Пуши ли се в дома Ви?

- Никога... Понякога... Често...

20. Кое е най-високото Ви завършено образование? (посочете и за двамата родители)

- | | Майка/
настояничка | Баща
настоятник |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Основно училище | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Реално училище (зрелостно свидетелство след 10-ти клас за завършено общо образование)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Свидетелство за завършено средно образование (завършена професионална гимназия)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Общообразователна гимназия (матура)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Друг тип завършено училище | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Все още) в процес на обучение (ученик)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Завършено училище без дипломиране | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Имате ли завършено професионално образование? Ако е така, какво?
(Моля, посочете само най-високата образователна степен. Посочете данни и за двамата родители!)

	Майка/ настойничка	Баща настойник
Курсове (професионално обучение и обучение на работното място).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Професионално или търговско училище (професионално училищно образование).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Професионален колеж (напр. за професионална техническа квалификация, професионална или специализирана школа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Специализиран ВУЗ, инженерно училище	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Университет, висш институт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Друго тип завършено учебно заведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Понастоящем в процес на професионално обучение.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Без завършено образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Кой е попълнил отговорите във въпросника?

Майка/настойничка Баба Приемна майка Брат/сестра на детето
Баща/настойник..... Дядо Приеман баща Друго лице.....