

استبيان حول فحص الالتحاق بالمدرسة

يحتاج طبيب المدرسة إجابات الأسئلة من 1 إلى 13 للتقييم الطبي المدرسي وفقا للمادة 11 من اللوائح المدرسية للمدارس الابتدائية العامة في راينلاند بالاتينات. تشكل تلك المعلومات أساس الحوار المشترك وتحديد المرحلة الحالية من نمو الطفل. نرجو منكم على أي حال الإجابة على هذه الأسئلة. يمكن توضيح أي شيء غير واضح في أي سؤال معين عند إجراء المحادثة.

1. بيانات الأسرة		
تم ملئه بتاريخ:	يوم	شهر
سنة	سنة	سنة
الطفل	الوصي 1 (مثل الأب / الأم)	الوصي 2 (مثل الأب / الأم)
الاسم		
الاسم الأول		
النوع	ذكر	أنثى
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	متنوعة	متنوعة
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد	سنة	شهر
	يوم	يوم
العنوان		

2. كيف تم الاعتناء بطفلك حتى الآن؟ ما هي المؤسسات التي زارها؟

(أ) تلقى الطفل الرعاية داخل الأسرة حصراً حتى سن ___ سنة و ___ شهراً.

(ب) بعد ذلك التحق بالمؤسسات التالية: (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> روضة أطفال لذوي الحالات الخاصة... | <input type="checkbox"/> روضة أطفال / مركز رعاية نهائية | <input type="checkbox"/> دار رعاية حتى سن الحضانة..... |
| <input type="checkbox"/> لم يلتحق بأي مؤسسة..... | <input type="checkbox"/> دار الرعاية النهارية التكميلية..... | <input type="checkbox"/> دار الرعاية النهارية للأطفال..... |
| (ج) يلتحق الطفل حالياً بالمؤسسة التالية: | | |
| <input type="checkbox"/> روضة أطفال لذوي الحالات الخاصة..... | <input type="checkbox"/> روضة أطفال / مركز رعاية نهائية | <input type="checkbox"/> دار رعاية حتى سن الحضانة..... |
| <input type="checkbox"/> لم يلتحق بأي مؤسسة..... | <input type="checkbox"/> دار الرعاية النهارية التكميلية..... | <input type="checkbox"/> دار الرعاية النهارية للأطفال..... |

3. ما هي الأمراض المعدية التي أصيب بها طفلك من قبل؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> السالمونيلا..... | <input type="checkbox"/> النكاف..... | <input type="checkbox"/> جدري الماء..... |
| <input type="checkbox"/> داء البورليات..... | <input type="checkbox"/> الحصبة الألمانية..... | <input type="checkbox"/> الحمى القرمزية..... |
| <input type="checkbox"/> التهاب أغشية المخ..... | <input type="checkbox"/> السعال الديكي..... | <input type="checkbox"/> الحُمَامَى العَدَوَانِيَّة..... |
| <input type="checkbox"/> الفيروس العجلي..... | <input type="checkbox"/> التهاب الكبد فئة ب..... | <input type="checkbox"/> الحصبة..... |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد..... | <input type="checkbox"/> مرض كوفيد 19..... | <input type="checkbox"/> أمراض أخرى..... |

إذا كان أصيب بأمراض أخرى، ما هي؟

4. ما هي الأمراض الحادة التي أصيب بها الطفل في الأشهر الـ 12 الماضية؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> نوبة خانوق كاذب..... | <input type="checkbox"/> التهابات المثانة / المسالك البولية..... | <input type="checkbox"/> التهاب الشعب الهوائية..... |
| <input type="checkbox"/> نوبة تشنج دماغية..... | <input type="checkbox"/> التهاب الرئوي..... | <input type="checkbox"/> التهاب الحلق / التهاب اللوزتين..... |
| <input type="checkbox"/> التهابات الشائعة..... | <input type="checkbox"/> النوبات الحموية..... | <input type="checkbox"/> التهابات الأذن الوسطى..... |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد..... | <input type="checkbox"/> عدوى الجهاز الهضمي..... | <input type="checkbox"/> أمراض أخرى..... |

إذا كان أصيب بأمراض أخرى، ما هي؟

5. هل سبق أن أصيب طفلك بأي حالات مرضية أو إعاقات تم تشخيصها طبياً؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة) يرجى إحضار أي مستندات تثبت ذلك معك!

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | حساسية..... | <input type="checkbox"/> | الاورام الحميدة (الزوائد الأنفية)..... | <input type="checkbox"/> | نوبات تشنج (الصرع)..... |
| <input type="checkbox"/> | التهاب الجلد العصبي..... | <input type="checkbox"/> | اضطرابات العمود الفقري..... | <input type="checkbox"/> | الورم / السرطان..... |
| <input type="checkbox"/> | التهاب الشعب الهوائية المزمن..... | <input type="checkbox"/> | مرض الغدة الدرقية..... | <input type="checkbox"/> | روماتزم..... |
| <input type="checkbox"/> | الربو القصبي..... | <input type="checkbox"/> | قصور القلب / أمراض القلب..... | <input type="checkbox"/> | التوحد..... |
| <input type="checkbox"/> | حمى القش..... | <input type="checkbox"/> | داء السكري..... | <input type="checkbox"/> | عيوب خلقية..... |
| <input type="checkbox"/> | الحساسية الغذائية..... | <input type="checkbox"/> | التهابات المسالك البولية المزمنة..... | <input type="checkbox"/> | الإعاقة الجسدية..... |
| <input type="checkbox"/> | الطفح الجلدي التحسسي..... | <input type="checkbox"/> | اضطراب نقص الانتباه..... | <input type="checkbox"/> | إعاقة عقلية..... |
| <input type="checkbox"/> | أمراض أخرى..... | <input type="checkbox"/> | أمراض عقلية..... | <input type="checkbox"/> | لا يوجد..... |

إذا كان أصيب بأمراض أخرى، ما هي؟

6. هل عانى طفلك من أي من الأعراض أو الإعاقات التالية في الأشهر الـ 12 الماضية؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | الإعاقات البصرية..... | <input type="checkbox"/> | أمراض الديدان..... | <input type="checkbox"/> | عدم تحمل الطعام..... |
| <input type="checkbox"/> | ضعف السمع..... | <input type="checkbox"/> | زيادة الوزن..... | <input type="checkbox"/> | الأرق الحركي / فرط النشاط..... |
| <input type="checkbox"/> | اضطرابات في الكلام..... | <input type="checkbox"/> | نقص الوزن..... | <input type="checkbox"/> | العذوانية..... |
| <input type="checkbox"/> | تأخر النمو..... | <input type="checkbox"/> | الصداع المتكرر..... | <input type="checkbox"/> | صعوبة في النوم / اضطرابات في النوم..... |
| <input type="checkbox"/> | صعوبة في التركيز..... | <input type="checkbox"/> | ألم البطن المتكرر..... | <input type="checkbox"/> | الشخير المتكرر (بدون التهابات)..... |
| <input type="checkbox"/> | التبول اللاإرادي..... | <input type="checkbox"/> | آلام الساق المتكررة..... | <input type="checkbox"/> | التنفس من الفم / عدم القدرة على التنفس من الأنف..... |
| <input type="checkbox"/> | التغوط..... | <input type="checkbox"/> | قلق..... | <input type="checkbox"/> | الإرهاق الواضح أثناء النهار..... |
| <input type="checkbox"/> | أمراض أخرى..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | لا يوجد..... |

إذا كان أصيب بأمراض أخرى، ما هي؟

7. من هم الأطباء أو المعالجين الذين زارهم طفلك في الأشهر الـ 12 الماضية؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | طبيب أطفال..... | <input type="checkbox"/> | طبيب رمد..... | <input type="checkbox"/> | العلاج الطبيعي..... |
| <input type="checkbox"/> | طبيب عام..... | <input type="checkbox"/> | طبيب أنف وأذن وحنجرة..... | <input type="checkbox"/> | طبيب نفسي للأطفال والمراهقين..... |
| <input type="checkbox"/> | طبيب الأسنان..... | <input type="checkbox"/> | طبيب الأمراض الجلدية..... | <input type="checkbox"/> | طبيب نفسي / معالج..... |
| <input type="checkbox"/> | طبيب تقويم الأسنان..... | <input type="checkbox"/> | طبيب المسالك البولية..... | <input type="checkbox"/> | جراح / جراح عظام..... |
| <input type="checkbox"/> | آخرون..... | <input type="checkbox"/> | طبيب قلب الأطفال..... | <input type="checkbox"/> | لا يوجد..... |

إذا كان أصيب بأمراض أخرى، ما هي؟

8. هل سبق لطفلك أن خضع لأي من الفحوصات أو العلاجات التالية؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

معلومات دقيقة (مثل جراحة في العيادات الخارجية: الأورام الحميدة)

- | | | |
|-------|--------------------------|---------------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | تشخيص التطور..... |
| _____ | <input type="checkbox"/> | إعادة التأهيل أو الاستشفاء..... |
| _____ | <input type="checkbox"/> | اختبار الحساسية..... |
| _____ | <input type="checkbox"/> | جراحة العيادات الخارجية..... |
| _____ | <input type="checkbox"/> | تلقي العلاج داخل المستشفى..... |
| _____ | <input type="checkbox"/> | ليس لأي فحوصات / علاجات..... |

9. ما هي العلاجات أو الدعم الذي تلقاه طفلك حتى الآن؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | علاج النطق..... | <input type="checkbox"/> | التدخل المبكر..... | <input type="checkbox"/> | العلاج التعليمي العلاجي..... |
| <input type="checkbox"/> | العلاج الوظيفي..... | <input type="checkbox"/> | المساعدة على الاندماج..... | <input type="checkbox"/> | العلاج النفسي..... |
| <input type="checkbox"/> | العلاج الطبيعي..... | <input type="checkbox"/> | الإرشاد التربوي..... | <input type="checkbox"/> | الإرشاد النفسي..... |
| <input type="checkbox"/> | علاج تقويم الأسنان..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | لا يوجد..... |
| <input type="checkbox"/> | أخرى..... | | | | |

علاجات أخرى، ما هي؟

ما هي أسباب العلاج أو الدعم أو كلاهما؟

فترة / مدة العلاج:

10. هل سبق لطفلك أن تعرض لحوادث أو تسمم تطلب عناية طبية؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- تسمم..... حدث على الطريق..... حدث في المنزل.....
- لا يوجد..... حدث في مكان آخر (مثل النادي، صالة الألعاب الرياضية)..... حدث في مؤسسة الرعاية (مثل مركز الرعاية النهارية).....

11. هل تناول طفلك أي دواء في الأشهر الـ 12 الماضية؟

- لا..... نعم.....
- إذا كان الأمر كذلك، بسبب: إذا لزم الأمر

اسم الدواء	منتظم	إذا لزم الأمر	سبب
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الربو القصبي.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصرع (نوبات تشنج).....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فرط النشاط.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض مزمنة أخرى.....

- هل يحتاج طفلك إلى دواء في المدرسة؟ لا إذا لزم الأمر..... منتظم.....

- هل يحتاج طفلك إلى مساعدة في تناول الدواء في المدرسة؟ لا يتناول دواء في المدرسة..... لا..... نعم.....

12. هل هناك أي شيء آخر تود أن نخبرنا به عن طفلك؟

13. من أجاب على الاستبيان؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- أشقاء الطفل..... الأم الحاضنة..... الجدة..... الوصي 1.....
- شخص آخر..... الأب الحاضن..... الجد..... الوصي 2.....

الإجابة على الأسئلة من 4 إلى 23 طوعية!

تخدم تلك الأسئلة في المقام الأول إنشاء التقارير الصحية ودعم البحوث حول صحة الأطفال. لا علاقة لفحص الالتحاق بالمدرسة ولا الفحوصات أو البيانات اللاحقة بذلك. يمكنك أيضا عدم الإجابة على أسئلة معينة إذا ساورتك الشكوك. ولن يؤثر ذلك بالطبع عليك أو على طفلك.

14. كم المدة التي تلقى فيها طفلك الرضاعة الطبيعية؟

- (أ) 3-1 أشهر أقل من شهر لم يتلق رضاعة طبيعية
- غير معلوم أكثر من 6 أشهر 6-4 أشهر
- (ب) غير معلوم من الشهر -----، تلقى التغذية التكميلية (الأطعمة التكميلية أو مسحوق الحليب أو كلاهما).

15. مع من يعيش الطفل في المقام الأول؟ (ضع علامة واحدة)

- في حالة الوالدين بالتبني مع الوالدين البيولوجيين
- مع أفراد العائلة الآخرين مع الوصي الأول والمعيّل الوحيد
- مع أشخاص آخرين مع الوصي الثاني والمعيّل الوحيد
- في المنزل في أسرة ريفية أو عائلة بديلة
- في النموذج المتناوب (شائع بنفس القدر عيش الأطفال مع لأوصياء المنفصلين)

16. كم عدد الأطفال لديك في منزلك؟ (بما في ذلك الطفل المراد تسجيله في المدرسة)

- أي _____ أطفال. أكثر من 4 أطفال 4 أطفال 3 أطفال طفلين طفل واحد

17. ما هي اللغات التي يتم التحدث بها في منزلك؟ (يمكن وضع أكثر من إجابة)

- ما هي؟ _____ لغات أخرى الألمانية

18. في أي بلد ولدت؟ (يرجى التحديد لكلا الوصيين)

- الوصي 1 ما هي؟ _____ في بلد آخر في ألمانيا
- الوصي 2 ما هي؟ _____ في بلد آخر في ألمانيا

19. ما هي جنسيتك؟ (يرجى التحديد للطفل وكلا الأوصياء القانونيين)

- الوصي 1 ما هي؟ _____ جنسية أخرى / ثانية الألمانية
- الوصي 2 ما هي؟ _____ جنسية أخرى / ثانية الألمانية

20. هل يدخن أحد في منزلك؟

- بشكل متكرر أحيانا أبدا

21. ما هي أعلى شهادة ترك مدرسة؟ (يرجى التحديد لكلا الوصيين)

- | الوصي 1 | الوصي 2 | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | شهادة المدرسة الابتدائية / شهادة التعليم الأساسي |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | شهادة الثانوية المتوسطة (الشهادة المتوسطة) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تأهيل الالتحاق بالجامعات (ثانوية مهنية) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مؤهل الالتحاق بالجامعة العامة (الثانوية العامة) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | شهادات مدرسية أخرى |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (لا يزال) في التعليم المدرسي (تلميذ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | انتهى المدرسة بدون تخرج |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | غير محدد |

22. هل أكملت التدريب المهني؟ إذا كان الأمر كذلك، أي منها؟

- (يرجى تسمية أعلى درجة فقط.)
- | الوصي 1 | الوصي 2 | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | التلمذة الصناعية (التدريب المهني وداخل الشركة) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مدرسة مهنية، مدرسة تجارية (تدريب مهني مدرسي) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | المدرسة الفنية (مثل المدرسة الفنية الرئيسية أو الأكاديمية المهنية أو التقنية) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | جامعة العلوم التطبيقية، كلية الهندسة |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | جامعة، كلية |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مؤهلات أخرى |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | لا يزال في التدريب المهني |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | لا درجة |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | غير محدد |

23. إلى أي مدى تعمل حاليا؟

- | الوصي 1 | الوصي 2 | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | يعمل بشكل كامل |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | يعمل بدوام جزئي (على سبيل المثال العمل لوقت محدد، العمل بالساعة) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | لا يعمل حاليا |