

Въпросник във връзка с прегледа при търгване на училище

Данните по въпроси 1-13 са необходими на училищния лекар за оценка от училищния лекар/медицинска оценка съгласно §11 на Училищния правилник за обществените начални училища (Schulordnung für öffentliche Grundschulen) в Райнланд-Пфалц. Информацията служи като основа за съвместно обсъждане и определяне на актуалното състояние на развитие на детето. Молим непременно да отговорите на тези въпроси. Неяснотите по отделни въпроси могат да бъдат изяснени в разговор.



1. Данни за семейството			Попълнено на:			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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;">Ден</td> <td style="font-size: 8px;">Месец</td> <td style="font-size: 8px;">Година</td> <td style="font-size: 8px;">а</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>									Ден	Месец	Година	а		
Ден	Месец	Година	а																	
	Дете			Притежател на родителските права 1 (напр. баща/майка)			Притежател на родителските права 2 (напр. баща/майка)													
Фамилно име																				
Собствено име																				
Пол	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>	мъжки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> друго <input type="checkbox"/>												
Рождена дата	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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;">Ден</td> <td style="font-size: 8px;">Месец</td> <td style="font-size: 8px;">Година</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Ден	Месец	Година				Рождена страна на детето	_____					
Ден	Месец	Година																		
Адрес																				

2. Как е било отглеждано Вашето дете досега? Какви заведения е посещавало?
а) До навършване на _____ години и _____ месеца детето се отглеждаше само в семейството.
б) След това посещаваше следните заведения: (Възможни са няколко отговора)
Детска ясла..... <input type="checkbox"/> Детска градина/дневна детска градина <input type="checkbox"/> Специална детска градина. <input type="checkbox"/>
Дневна майка/дневен баща <input type="checkbox"/> Интеграционна детска градина..... <input type="checkbox"/> Никакви..... <input type="checkbox"/>
в) В момента детето посещава следното заведение:
Ясла..... <input type="checkbox"/> Детска градина/ дневна детска градина <input type="checkbox"/> Специална детска градина. <input type="checkbox"/>
Дневна майка/дневен баща <input type="checkbox"/> Интеграционна детска градина..... <input type="checkbox"/> Никакви..... <input type="checkbox"/>

3. Кои инфекциозни болести е преболедувало Вашето дете? (Възможни са няколко отговора)
Варицела..... <input type="checkbox"/> Заушка..... <input type="checkbox"/> Салмонела..... <input type="checkbox"/>
Скарлатина..... <input type="checkbox"/> Рубеола..... <input type="checkbox"/> Борелиоза..... <input type="checkbox"/>
Пета болест..... <input type="checkbox"/> Коклюш..... <input type="checkbox"/> Енцефалит..... <input type="checkbox"/>
Морбили..... <input type="checkbox"/> Хепатит В..... <input type="checkbox"/> Ротавирус..... <input type="checkbox"/>
Друго..... <input type="checkbox"/> Covid-19..... <input type="checkbox"/> Никои..... <input type="checkbox"/>
Ако други, кои? _____

4. Какви остри заболявания са настъпили през последните 12 месеца? (Възможни са няколко отговора)
Бронхит..... <input type="checkbox"/> Инфекции на пикочния мехур/пикочните пътища..... <input type="checkbox"/> Псевдокруп..... <input type="checkbox"/>
Възпалено гърло/тонзилит..... <input type="checkbox"/> Пневмония..... <input type="checkbox"/> Епилептичен пристъп..... <input type="checkbox"/>
Възпаления на средното ухо... <input type="checkbox"/> Фебрилни гърчове..... <input type="checkbox"/> Чести инфекции..... <input type="checkbox"/>
Стомашно-чревни инфекции... <input type="checkbox"/>
Други..... <input type="checkbox"/> Никакви..... <input type="checkbox"/>
Ако други, кои? _____

5. Детето Ви имало ли е някога следните медицински диагностицирани заболявания или увреждания? (Възможни са няколко отговора) Моля, носете евентуално документи във връзка с това!

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Алергии..... | <input type="checkbox"/> | Полипи (аденоиди)..... | <input type="checkbox"/> | Пристъпи (епилепсия)..... | <input type="checkbox"/> |
| Невродермит..... | <input type="checkbox"/> | Гръбначни изменения..... | <input type="checkbox"/> | Тумор/онкологично заболяване..... | <input type="checkbox"/> |
| Хроничен бронхит..... | <input type="checkbox"/> | Заболяване на щитовидната жлеза..... | <input type="checkbox"/> | Ревматизъм..... | <input type="checkbox"/> |
| Бронхиална астма..... | <input type="checkbox"/> | Сърдечни дефекти/сърдечни заболявания..... | <input type="checkbox"/> | Аутизъм..... | <input type="checkbox"/> |
| Сенна хрема..... | <input type="checkbox"/> | Захарен диабет..... | <input type="checkbox"/> | Вродено увреждане..... | <input type="checkbox"/> |
| Хранителни алергии..... | <input type="checkbox"/> | Хрон. инфекции на пикочните пътища..... | <input type="checkbox"/> | Физическо увреждане..... | <input type="checkbox"/> |
| Алергични обриви..... | <input type="checkbox"/> | Синдром на дефицит на вниманието..... | <input type="checkbox"/> | Умствено увреждане..... | <input type="checkbox"/> |
| Други..... | <input type="checkbox"/> | Психични заболявания..... | <input type="checkbox"/> | Няма..... | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? _____

6. Детето Ви имало ли е през последните 12 месеца следните симптоми или нарушения? (Възможни са няколко отговора)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Зрителни увреждания..... | <input type="checkbox"/> | Глисти..... | <input type="checkbox"/> | Хранителни непоносимости..... | <input type="checkbox"/> |
| Слухови увреждания..... | <input type="checkbox"/> | Наднормено тегло..... | <input type="checkbox"/> | Двигателно напрежение / хиперактивност..... | <input type="checkbox"/> |
| Говорни нарушения..... | <input type="checkbox"/> | Тегло под нормата..... | <input type="checkbox"/> | Агресивност..... | <input type="checkbox"/> |
| Забавяне на развитието..... | <input type="checkbox"/> | Често главоболие..... | <input type="checkbox"/> | Нарушения в заспиването/съня..... | <input type="checkbox"/> |
| Проблеми с концентрацията... | <input type="checkbox"/> | Чести коремни 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"/> |
| Изпускане по голяма нужда (енкопреза)..... | <input type="checkbox"/> | Страхливост..... | <input type="checkbox"/> | Изразена сънливост през деня..... | <input type="checkbox"/> |
| Други..... | <input type="checkbox"/> | | | Няма..... | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? _____

7. При какви лекари или терапевти е било Вашето дете през последните 12 месеца? (Възможни са няколко отговора)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Педиатър..... | <input type="checkbox"/> | Очен лекар..... | <input type="checkbox"/> | Лечител..... | <input type="checkbox"/> |
| Личен лекар..... | <input type="checkbox"/> | УНГ лекар..... | <input type="checkbox"/> | Детски и юношески психиатър..... | <input type="checkbox"/> |
| Стоматолог..... | <input type="checkbox"/> | Дерматолог..... | <input type="checkbox"/> | Психолог / психотерапевт..... | <input type="checkbox"/> |
| Ортодонт..... | <input type="checkbox"/> | Уролог..... | <input type="checkbox"/> | Хирург / ортопед..... | <input type="checkbox"/> |
| Други..... | <input type="checkbox"/> | Детски кардиолог..... | <input type="checkbox"/> | Никакви..... | <input type="checkbox"/> |
- Ако други, кои? _____

8. Детето Ви преминало ли е някога някой от следните прегледи или лечения? (Възможни са няколко отговора)

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| Диагностика на развитието..... | <input type="checkbox"/> | Точни данни (напр. амбулаторна операция: полипи) |
| Рехабилитация или укрепващо лечение..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Тест за алергии..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Амбулаторна операция..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Стационарно болнично лечение..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Никакви прегледи/лечения..... | <input type="checkbox"/> | |

9. Какво лечение или подкрепа е получило детето Ви досега? (Възможни са няколко отговора)

Говорна терапия/логопедия..... Ранно стимулиране..... Педагогическо лечение.....
 Ерготерапия..... Помощ за интеграция..... Психотерапия.....
 Физиотерапия..... Възпитателно консултиране..... Психологическо консултиране.....
 Ортодонтия. Лечение..... Семейна помощ (SPFH).....
 Други..... Никакво.....
 Ако друго, какво? _____
 Какви бяха причината/основанията за лечението и/или подкрепата? _____
 Период/продължителност на лечението: _____

10. Детето Ви имало ли е някога злополуки или отравяния, които са изисквали медицинско лечение? (Възможни са няколко отговора)

Злополука у дома..... Злополука в уличното движение.. Отравяне.....
 Злополука в детското заведение (напр. детско днешно заведение)..... Злополука на друго място (напр. клуб, гимнастически салон)..... Никакви.....

11. Детето Ви приемало ли е лекарства през последните 12 месеца?

Да..... Не.....

Ако да, поради:

	Редовно	При нужда	Име на медикамента
Алергии.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Бронхиална астма.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Епилепсия (пристъпи)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Хиперактивност.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Други хронични заболявания.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Детето Ви има ли евент. нужда от лекарства в училище? Редовно..... При нужда Не.....

Детето Ви има ли нужда от подкрепа при приема на медикаменти в училище? Да.... Не.... Без прием на медикаменти в училище.....

12. Има ли нещо друго, което бихте искали да ни съобщите за Вашето дете?

13. Кой отговори на въпросника? (Възможни са няколко отговора)

Притежател на родителските права 1..... Баба..... Приемна майка.. Братя и сестри на детето.....
 Притежател на родителските права 2..... Дядо..... Приемна баща... Друго лице.....

Отговорите на въпроси 14-23 са доброволни!

Въпросите служат предимно за съставяне на доклади за здравословното състояние и подпомагане на изследванията във връзка със здравето на децата. Както прегледът при тръгване на училище, така и по-късните прегледи или становища са независими от това. Ако се колебаете, можете да не отговаряте на отделни въпроси. Разбира се, това няма да навреди на Вас или на Вашето дете.

14. Колко дълго е кърмено Вашето дете?			
а) Не е кърмено.....	<input type="checkbox"/> По-малко от 1 месец.....	<input type="checkbox"/> 1-3 месеца.....	<input type="checkbox"/>
4-6 месеца.....	<input type="checkbox"/> Повече от 6 месеца.....	<input type="checkbox"/> Неизвестно.....	<input type="checkbox"/>
б) От ___ месец допълнително хранене (допълнителна храна и/или мляко на прах). Неизвестно..... <input type="checkbox"/>			
15. При кого основно живее детето? (Моля, тук отбележете само с едно кръстче)			
При биологичните родители.....	<input type="checkbox"/>	При приемни родители/осиновители.....	<input type="checkbox"/>
При притежател на родителските права 1 самотен родител.....	<input type="checkbox"/>	При други членове на семейството.....	<input type="checkbox"/>
При притежател на родителските права 2 самотен родител.....	<input type="checkbox"/>	При други хора.....	<input type="checkbox"/>
В доведено семейство или пачуърк семейство	<input type="checkbox"/>	В дом.....	<input type="checkbox"/>
На смени (еднакво често при разделените притежатели на родителските права).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Колко деца общо живеят във Вашето домакинство? (включително детето, което трябва да тръгне на училище)			
1 дете	<input type="checkbox"/>	2 деца	<input type="checkbox"/>
3 деца	<input type="checkbox"/>	4 деца	<input type="checkbox"/>
Повече от 4 деца <input type="checkbox"/> , а именно _____ деца.			
17. Кои езици се говорят в дома Ви? (Възможни са няколко отговора)			
Немски.....	<input type="checkbox"/>	Други езици.....	<input type="checkbox"/>
Кои? _____			
18. В коя държава сте роден(а)? (Моля, посочете за двамата притежатели на родителските права)			
Притежател на родителските права 1	В Германия	<input type="checkbox"/>	В друга държава <input type="checkbox"/>
			В коя? _____
Притежател на родителските права 2	В Германия	<input type="checkbox"/>	В друга държава <input type="checkbox"/>
			В коя? _____
19. Какво гражданство имате? (Моля, посочете за детето и за двамата притежатели на родителските права)			
Дете	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
Притежател на родителските права 1	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
Притежател на родителските права 2	германско	<input type="checkbox"/>	Друго/допълнително гражданство <input type="checkbox"/>
			Какво? _____
20. Във Вашето домакинство пуши ли се?			
Никога.....	<input type="checkbox"/>	Понякога.....	<input type="checkbox"/>
		Често.....	<input type="checkbox"/>
21. Кое е най-високото образование, което сте завършили? (Моля, посочете за двамата притежатели на родителските права)			
	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2	
Основно училище/основно училище (Volksschule).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Реално училище (средно образование).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Диплома от техникум, която дава възможност за следване в специализирано ВУЗ (завършен техникум).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Общообразователно средно училище (с матура).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Друг вид завършено училище.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Все още) ходя на училище (ученик).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Училище, завършено без диплома.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Не е посочено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22. Имате ли завършено професионално образование? Ако да, какво?

(Моля, посочете само най-високата завършена степен.)

	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2
Обучение (професионално-производствено обучение).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Професионално училище, търговско училище (професионално- училищно обучение).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Техникум (напр. училище за майстори-техници, професионална или специална академия).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Специализирано висше учебно заведение, инженерно училище	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Университет, висше училище.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Завършено друго професионално обучение.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Все още провеждам професионално обучение.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Незавършено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не е посочено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. В каква степен работите понастоящем?

	Притежател на родителските права 1	Притежател на родителските права 2
Работя на пълно работно време.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Работя отчасти (напр. работа на непълно работно време, почасова работа).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В момента не работя.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>