

التاريخ المرضي

إرشادات بخصوص ملء الاستمارة:

يُرجى ملء ما ينطبق، أو وضع علامة أمامه

نرجو ذكر المعلومات التالية؛ حتى تتمكن من إجراء فحص القبول بالمدرسة بشكل كامل ونقدم لك المشورة المؤهلة. معالجة البيانات تعتمد على جملة أمور؛ من بينها المادة 12، الفقرة 1 من قانون الخدمات الصحية (GDG)، والمادة رقم 6، الفقرة 1، البند رقم 1 من قانون الرعاية الصحية المدرسية (SchulgespflV). يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقيتها، مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدرسة.

لقب عائلة الطفل	الاسم الأول للطفل	تاريخ الميلاد	عدد الأشقاء
جنسية الطفل	بلد ميلاد الطفل	مدة ارتياد مؤسسة الرعاية النهارية / الحضانة / رياض الأطفال (بالسنوات)	
اسم، وعنوان ولي الأمر			
الاسم..... الاسم الأول..... الرقم البريدي، المكان.....			
الشارع..... رقم الهاتف.....			
الحمل، وسير الولادة (ستجد المعلومات في الكتيب الأصفر)			
الوزن عند الميلاد: _____ إجماع تم إكمال		من أسابيع الحمل: _____ أسبوع الحمل	
النمو			
مشاكل النطق أثناء النمو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة	<input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة		
إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟	_____ سنوات _____ أشهر		
اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟	<input type="checkbox"/> الألمانية		
	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____		
	<input type="checkbox"/> الألمانية		
	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____		
ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟	<input type="checkbox"/> الألمانية <input type="checkbox"/> لغة (لغات) أخرى		
هل يستخدم طفلك	<input type="checkbox"/> يده اليمنى، <input type="checkbox"/> أم يده اليسرى، <input type="checkbox"/> أم لم يتحدد ذلك بعد		
بشكل عام، هل تعتقد أن طفلك يعاني من صعوبة في مجال أو أكثر من المجالات التالية: الحالة المزاجية (الاكتئاب، أو القلق، أو عدم الاستقرار، أو الغضب)، أو التركيز (لا يستطيع الجلوس لفترة طويلة، أو لا يستمع بحرص عند القراءة)، أو السلوك، أو التفاعل مع الآخرين؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
تدابير الدعم، أو العلاجات			
المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مخطط لها	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها
العلاج اللغوي (علاج النطق)	<input type="checkbox"/> لا	أكملها <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حالياً	<input type="checkbox"/> مخطط له
معلومات عن الأمراض السابقة، أو القيود الصحية			
هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
في حالة الإجابة بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:	<input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملفتة		
	<input type="checkbox"/> قصر النظر (حسر البصر)	<input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر)	<input type="checkbox"/> الحول
	<input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملفتة	<input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات	

هل اصطحبت طفلك في آخر 12 شهرًا لزيارة طبيب الأسنان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ضعف السمع الخلقي الشديد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة بنعم؛ يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:	
ضعف السمع الخلقي	<input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين
استخدام سماعة أذن	<input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين
لديه قوقعة صناعية مزروعة	<input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين
الاضطرابات الأيضية/الهرمونية (نتائج الفحوصات التي شخّصها طبيب فحسب) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة بنعم، فما هي؟:	<input type="checkbox"/> نقص إنزيم MCAD <input type="checkbox"/> قصور الغدة الدرقية (الخلقي) <input type="checkbox"/> بيلة الفينيل
كيتون (PKU)	<input type="checkbox"/> متلازمة إيكاردي-غوتبير (AGS)
(من النوع الأول)	<input type="checkbox"/> مرض السكري (من النوع الثاني)
<input type="checkbox"/> غير ذلك:
العمر عند التشخيص: () _____ / سنوات / شهر	
أمراض مزمنة أخرى: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	
إعاقة شديدة: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	
الأدوية التي يجب تناولها بانتظام: <input type="checkbox"/> نعم (ما هي؟):	
هل أنت على دراية بأمراض طفلك التي تتطلب إجراءات معينة في حالات الطوارئ (مثل الحساسية والصرع، وما إلى ذلك)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟	
هل هذا المرض موجود في العائلة (الوالدين، الأشقاء)	
▶ ضعف في القراءة والإملاء (عسر القراءة)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
▶ ضعف في الحساب (عسر الحساب)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

تاريخ الملء:

بيانات اختيارية لأولياء الأمور

ذكر المعلومات التالية اختياري. ومع ذلك، فإن بياناتك مهمة لمواصلة تطوير التدابير الوقائية. يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقيتها مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدرسة. سيتم إرسال إجاباتك إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية (LGL) مجهولة الهوية. إذا قمت بإلغاء موافقتك عن طريق إبلاغ مكتب الصحة المختص قبل إحالتها إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية ((LGL)؛ فلن يتم نقل هذه البيانات إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية (LGL). إذا قمت بإلغاء موافقتك بعد إرسالها إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية ((LGL)، فمن الممكن أن تكون بياناتك قد دُمجت بالفعل مع بيانات أخرى وجرى تقييمها بشكل مجهول الهوية، وبالتالي لن يعود من الممكن تنفيذ الإلغاء.

الموافقة المستنيرة:

بوصفي ولي أمر

الاسم الأول، ولقب عائلة الطفل: _____

تاريخ الميلاد: _____

أوافق/أوافق على الإجابات على الأسئلة التالية.

وأدرك/أدرك أن المشاركة تطوعية، ويمكن إلغاؤها، وأنه يمكنني/يمكننا رفض أو إلغاء الموافقة دون التعرض لأي ضرر قانوني.

توقيع ولي الأمر

المكان والتاريخ

عدد البالغين في المنزل

في أي بلد وُلدت؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

في ألمانيا في بلد آخر

في ألمانيا في بلد آخر

ما جنسيتك؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

الألمانية الألمانية + غير جنسية أخرى غير ذلك

الألمانية الألمانية + غير جنسية أخرى غير ذلك

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

ليس لدي مؤهل دراسي (بعد)

المدرسة الثانوية / المدرسة الابتدائية / شهادة الدراسة المتوسطة / التأهيل

شهادة المدرسة الثانوية التخصصية (الشهادة المتوسطة)

شهادة الثانوية العامة / المتخصصة

شهادة جامعية/ شهادة كلية

أي من المعلومات التالية المتعلقة بالتوظيف تنطبق عليك (يرجى ذكر البيانات الخاصة بكلا الوالدين).

أعمل بدوام كامل مع ساعات عمل أسبوعية تبلغ 35 ساعة أو أكثر

أعمل بدوام جزئي مع ساعات عمل أسبوعية تتراوح بين 15 إلى 34 ساعة

أعمل بدوام جزئي أو بالساعة مع ساعات عمل أسبوعية تقل عن 15 ساعة

إجازة مؤقتة؛ مثل إجازة الأبوة

متدرب / متدربة / قيد التدريب المهني / قيد إعادة التدريب

لا أعمل حالياً ولا أبحث عن عمل (مثل ربة منزل/رب منزل، أو طالب أو متقاعد)

لا أعمل حالياً وأبحث عن عمل (عاطل)