

التاريخ المرضي

☒ يُرجى ملء ما ينطبق، أو وضع علامة أمامه

إرشادات بخصوص ملء الاستماراة:

نرجو ذكر المعلومات التالية، حتى تتمكن من اجراء فحص القبول بالمدرسة بشكل كامل وتقدم لك المشورة المطلوبة. 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 (SchulgesetzV). يمكن العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقّيتما، مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدرسة.

القب عائلة الطفل	الاسم الأول للطفل	تاريخ الميلاد	عدد الأشقاء																		
جنسية الطفل	بلد ميلاد الطفل	مدة ارتياح مؤسسة الرعاية النهارية / الحضانة / رياض الأطفال (بالسنوات)	<input type="checkbox"/>																		
اسم، وعنوانولي الأمر الاسم الاسم الأول الاسم الشارع رقم الهاتف الحمل، وسير الولادة (ستجد المعلومات في الكتيب الأصفر)																					
من أسبوع الحمل: <input type="checkbox"/> اسبوع الحمل الوزن عند الميلاد: <input type="checkbox"/> اجرام تم إكمال <input type="checkbox"/> ولادة متعددة																					
<p style="text-align: center;">النمو</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td>مشاكل النطق أثناء النمو</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة</td> <td><input type="checkbox"/> ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات</td> <td>التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اشهر</td> <td><input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):</td> <td>إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟ اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> أمهات</td> <td><input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):</td> <td><input type="checkbox"/> الألمانية</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> يده اليمنى،</td> <td><input type="checkbox"/> الآلمانية</td> <td>ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> يده اليسرى،</td> <td><input type="checkbox"/> لا يحدد ذلك</td> <td>هل يستخدم طفلك</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مشاكل النطق أثناء النمو	<input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة	<input type="checkbox"/> ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات	التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة	<input type="checkbox"/> اشهر	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):	إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟ اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟	<input type="checkbox"/> أمهات	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):	<input type="checkbox"/> الألمانية	<input type="checkbox"/> يده اليمنى،	<input type="checkbox"/> الآلمانية	ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟	<input type="checkbox"/> يده اليسرى،	<input type="checkbox"/> لا يحدد ذلك	هل يستخدم طفلك
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مشاكل النطق أثناء النمو																			
<input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة	<input type="checkbox"/> ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات	التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة																			
<input type="checkbox"/> اشهر	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):	إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟ اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟																			
<input type="checkbox"/> أمهات	<input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟):	<input type="checkbox"/> الألمانية																			
<input type="checkbox"/> يده اليمنى،	<input type="checkbox"/> الآلمانية	ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟																			
<input type="checkbox"/> يده اليسرى،	<input type="checkbox"/> لا يحدد ذلك	هل يستخدم طفلك																			
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؟																					
<p style="text-align: center;">نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">تدابير الدعم، أو العلاجات</p>																					
<table> <tr> <td><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها</td> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td>المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حالياً</td> <td><input type="checkbox"/> أكمله</td> <td>العلاج اللغوي (علاج النطق)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها	<input type="checkbox"/> نعم	المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حالياً	<input type="checkbox"/> أكمله	العلاج اللغوي (علاج النطق)												
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها	<input type="checkbox"/> نعم	المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية																			
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حالياً	<input type="checkbox"/> أكمله	العلاج اللغوي (علاج النطق)																			
معلومات عن الأمراض السابقة، أو القيود الصحية																					
<p>هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>في حالة الإيجابية بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملقة</td> <td><input type="checkbox"/> هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> العول</td> <td>في حالة الإيجابية بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> قصر النظر (حد البصر)</td> <td><input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر)</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملقة	<input type="checkbox"/> هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟	<input type="checkbox"/> العول	في حالة الإيجابية بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:	<input type="checkbox"/> قصر النظر (حد البصر)	<input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات	<input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر)											
<input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملقة	<input type="checkbox"/> هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟																				
<input type="checkbox"/> العول	في حالة الإيجابية بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:																				
<input type="checkbox"/> قصر النظر (حد البصر)	<input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات																				
<input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر)																					

هل اصطحبت طفلك في آخر 12 شهراً لزيارة طبيب الأسنان؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
ضعف السمع الخلفي الشديد في حالة الإجابة بنعم؛ يرجى الإجابة على الأسئلة التالية: ضعف السمع الخلفي <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بـكلا الجانبين استخدام سماكة أذن <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بـكلا الجانبين لديه قوقة صناعية مزروعة <input type="checkbox"/> بـكلا الجانبين <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن		
الأضطرابات الأيضية/الهرمونية (نتائج الفحوصات التي شخصها طبيب فحسب) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حالة الإجابة بنعم، فما هي؟: <input type="checkbox"/> بـبيـلـةـ الـفـينـيلـ <input type="checkbox"/> قصور العدة الدرقية (الخلفي) <input type="checkbox"/> نقص إنزيم MCAD <input type="checkbox"/> كـيتـونـ (PKU) <input type="checkbox"/> متلازمة إيكاردي-غوتير (AGS) <input type="checkbox"/> مـرـضـ السـكـريـ <input type="checkbox"/> التـلـيفـ الـكـيـسـيـ <input type="checkbox"/> مـرـضـ السـكـريـ (ـمـنـ النـوـعـ الـأـوـلـ) غير ذلك:		
العمر عند التشخيص:) ____ سنوات / شهور()		
أمراض مزمنة أخرى: <input type="checkbox"/> نعم (ـمـاـ هـيـ؟ـ): <input type="checkbox"/> لا إعاقة شديدة: <input type="checkbox"/> نـعـمـ (ـمـاـ هـيـ؟ـ): <input type="checkbox"/> لا الأدوية التي يجب تناولها بانتظام: <input type="checkbox"/> نـعـمـ (ـمـاـ هـيـ؟ـ): <input type="checkbox"/> لا هل أنت على دراية بأمراض طفلك التي تتطلب إجراءات معينة في حالات الطوارئ (مثل الحساسية والصرع، وما إلى ذلك)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نـعـمـ في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟ 		
هل هذا المرض موجود في العائلة (والاـدـيـنـ، الأـشـقـاءـ)		
▶ ضعـفـ فـيـ القرـاءـةـ وـالـإـلـمـلـاءـ (ـعـسـرـ القرـاءـةـ) <input type="checkbox"/> نـعـمـ <input type="checkbox"/> لا ▶ ضعـفـ فـيـ الحـاسـبـ (ـعـسـرـ الحـاسـبـ) <input type="checkbox"/> نـعـمـ <input type="checkbox"/> لا 		

تاریخ المله: تاریخ المله:

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 ولـي أمر

الاسم الأول، ولقب عائلة الطفل:

تاريخ الميلاد:

أوافق/نؤافق على الإجابات على الأسئلة التالية.

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

توقيع ولـي الأمر

المكان والتاريخ

عدد البالغين في المنزل

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

في آخر بلد في ألمانيا

في آخر بلد في ألمانيا

ما جنسيتك؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين.)

غير ذلك الألمانية + غير جنسية أخرى الألمانية

غير ذلك الألمانية + غير جنسية أخرى الألمانية

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

ليس لدى 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 تتطابق عليك (يرجى ذكر البيانات الخاصة بكلابا 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

متدربي / متدربيه / قيد التدريب المهني / قيد إعادة التدريب

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

لا أعمل حاليا وأبحث عن عمل (عاطل)