

## Опросный лист анамнеза

Указания по заполнению этого опросного листа

Заполните или отметьте крестиком  нужное

Просим Вас указать приведенную ниже информацию для проведения полного медосмотра перед школой и предоставления квалифицированной консультации. Обработка данных основана, помимо прочего, на ст. 12 абз. 1 GDG, § 6 абз. 1 п. 1 Директивы о гигиене в школе (SchulgespflV). Дополнительные сведения об обработке данных приведены в информации о защите данных, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Фамилия ребенка	Имя ребенка	Дата рождения	Число братьев и сестер <input type="text"/>
Гражданство ребенка	Страна рождения ребенка	Продолжительность посещения яслей / детского сада (в годах)	<input type="text"/>

Фамилия и адрес опекуна

Фамилия..... Имя..... Индекс, населенный пункт.....

Улица..... №  
телефона.....

### Беременность и течение родов (данные в желтой медкарте)

Вес при рождении: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| грамм    полные недели беременности: |\_\_|\_\_| нед.  многоплодные роды

### Развитие

Дефекты речи при развитии  да  нет

Ребенок растет, разговаривая на нескольких языках  да  нет

Взаимодействие с немецким языком  с рождения  не с рождения

Если взаимодействие с немецким языком началось не с рождения, то с какого возраста? |\_\_| лет  
|\_\_| мес.

Родной язык родителей (просьба указать для обоих родителей)

Немецкий  другой (какой?): \_\_\_\_\_

Немецкий  другой (какой?): \_\_\_\_\_

На каких языках говорят у Вас дома?  Немецкий  другой(-ие) язык(-и)

Ваш ребенок  правша  левша  еще непонятно

Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть сложности в одной или нескольких следующих областях: настроение (подавленный, боязливый, нерешительный, вспыльчивый), концентрация (не может долго сидеть тихо, не слушает долго при чтении вслух), поведение, взаимодействие с другими?

да  нет

### Меры стимулирования или лечение

Запланировано прохождение вводного курса немецкого языка  да  нет  Логотерапия (логопедия)  
 нет  завершена  проводится в данный момент  запланирована

### Данные о перенесенных заболеваниях или ограничениях по состоянию здоровья

Ваш ребенок уже обследовался у окулиста?  да  нет

Если да: При этом было выявлено или инициировано следующее:

<input type="checkbox"/> Показатели в норме	<input type="checkbox"/> прописаны очки		
<input type="checkbox"/> близорукость (миопия)	<input type="checkbox"/> дальтонизм (гиперопия)	<input type="checkbox"/> косоглазие	
Вы водили своего ребенка в последние 12 месяцев к стоматологу?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Врожденное серьезное нарушение слуха		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, ответьте на следующие вопросы:			
Врожденное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон
Установлен слуховой аппарат	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон
Установлен кохлеарный имплантат	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон
Нарушения обмена веществ / гормональные сбои (только отклонения, диагностированные врачом)			<input type="checkbox"/>
да <input type="checkbox"/> нет			
Если да, какие: <input type="checkbox"/> дефицит MCAD <input type="checkbox"/> гипотериоз (врожденный) <input type="checkbox"/> ФКУ <input type="checkbox"/> АГС			
<input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> сахарный диабет (типа 1) <input type="checkbox"/> сахарный диабет (типа 2)			
<input type="checkbox"/> Иное: .....			
Возраст при постановке диагноза:  __   __   __  (лет/месяцев)			
Прочие хронические заболевания:		<input type="checkbox"/> да (какие?): ..... <input type="checkbox"/> нет	
Тяжелая форма инвалидности:		<input type="checkbox"/> да (какая?): ..... <input type="checkbox"/> нет	
Регулярно принимаемые медикаменты:		<input type="checkbox"/> да (какие?): ..... <input type="checkbox"/> нет	
Вам известно о заболеваниях Вашего ребенка, которые требуют определенных действий в экстренной ситуации (например, аллергии, эпилепсии и т. д.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Если да, о каких? .....			
<b>Есть ли в семье (у родителей, братьев, сестер)</b>			
► нарушение чтения и письма (дислексия)		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
► нарушение счета (дискалькулия)		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да

Дата заполнения: .....

## Сведения, указываемые опекуном добровольно

Указание следующей информации является **добровольным**. Однако Ваши данные важны для профилактических мер. Дополнительные сведения об обработке данных приведены в **информации о защите данных**, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Ваши ответы будут переданы LGL в анонимной форме. Если Вы отзовете согласие на передачу данных в LGL путем уведомления ответственного за Вас департамента здравоохранения, то эти данные не будут переданы в LGL. Если Вы отзовете согласие после передачи данных в LGL, то возможна ситуация, при которой Ваши данные уже будут сопоставлены с другими данными и анонимно проанализированы. В этом случае отзыв больше невозможен.

### Заявление о согласии:

Как опекун(-ы)

Имя и фамилия ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

я соглашаюсь / мы соглашаемся ответить на следующие вопросы.

Мне/нам известно, что участие является добровольным и что от него можно отказаться, и что я могу / мы можем не давать или отзоваться согласие без каких-либо неблагоприятных правовых последствий.

Место, дата	подпись опекуна(-ов)	
Число взрослых в домохозяйстве	<input type="checkbox"/>	
В какой стране Вы родились? (Укажите для обоих родителей.)		
<input type="checkbox"/> В Германии	<input type="checkbox"/> В другой стране	
<input type="checkbox"/> В Германии	<input type="checkbox"/> В другой стране	
Какое гражданство у Вас есть? (Укажите для обоих родителей.)		
<input type="checkbox"/> Немецкое	<input type="checkbox"/> Немецкое и другое	<input type="checkbox"/> Другое
<input type="checkbox"/> Немецкое	<input type="checkbox"/> Немецкое и другое	<input type="checkbox"/> Другое
Какое наивысшее учебное заведение Вы закончили? (Укажите для обоих родителей.)		
(Еще) нет законченного образования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основная школа / народная школа / средняя школа / квалифицированное общее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Среднее общее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Полное / профессиональное среднее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Высшее образование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие из следующих данных являются для Вас верными (укажите для обоих родителей).		
Полная занятость с рабочим временем 35 и более часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частичная занятость с рабочим временем от 15 до 34 часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частичная или почасовая занятость с рабочим временем менее 15 часов в неделю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Временный отпуск, например отпуск по уходу за ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обучение в вузе / на производстве / профессиональная переподготовка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В данный момент не работаю и не ищу работу (например, домохозяйки/домохозяева, студенты, пенсионеры)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В данный момент не работаю и ищу работу (безработный/безработная)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>