

Указания по заполнению анкеты:

Нужное заполнить или отметить Ответы на все или отдельные вопросы даются в добровольном порядке!

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Гражданство	Кол-во братьев/сестер
Родной язык (мать)	Родной язык (отец)	Кол-во взрослых в семье	Посещение яслей/дневных яслей/детского сада [] года	
Фамилия и адрес воспитывающего Фамилия..... Имя..... Почтовый индекс, город..... ул./№ дома Тел.....				
Течение беременности и родов				
Вес при рождении: _ _ _ _ гр. Полный срок беременности в неделях: _ _ нед. <input type="checkbox"/> Рождение нескольких близнецов				
Развитие				
Была ли у Вашего ребенка <u>когда-либо</u> выявлена задержка в развитии?			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Самостоятельная ходьба до 18 мес.			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Первые слова (напр., «мама», «папа») до 18 мес.			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Речевые особенности в развитии			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Ребенок растет в многоязычной семье			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Было или имеется ли у Вашего ребенка одно из следующих заболеваний либо какие-то ограничения по здоровью?				
Нарушения зрения <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		Лечение косоглазия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		Очки <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Серьезные нарушения слуха? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Если да, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:				
<input type="checkbox"/> врожденное серьезное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа		
<input type="checkbox"/> приобретенное сохраняющееся нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа		
<input type="checkbox"/> слуховой аппарат с	слевамесяц/год	справа месяц/год		
<input type="checkbox"/> имплантант Cochlea с	слевамесяц/год	справа.....месяц/год		
Врожденные нарушения обмена веществ/гормональные нарушения: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):				
Прочие хронические заболевания: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Тяжелая форма инвалидности: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Регулярно применяемые медикаменты: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Известны ли Вам какие-либо заболевания Вашего ребенка, которые в экстренных случаях требуют принятия особых мер (например, аллергические реакции, эпилепсия и т. д.)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Если да, то какие?				
Участвовал ли Ваш ребенок когда-нибудь в развивающих мероприятиях или проходил курсы лечения?				
Участие в подготовительном курсе немецкого языка			<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Логотерапия (логопедия)			<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано
Поддержка раннего развития/лечебная педагогика/эрготерапия			<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день
<input type="checkbox"/> Запланировано				
Лечебная физкультура			<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано
Психологическое лечение			<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано
Детский врач/домашний врач:				

.....
Место, дата

.....
Подпись воспитывающего