



6. هل ظهرت على طفلك في الـ 12 شهر الأخيرة الأعراض التالية أو حتى كانت ملقاة للنظر؟

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> عدم تحمل المواد الغذائية.....            | <input type="checkbox"/> أمراض الديدان.....               | <input type="checkbox"/> ضعف البصر.....                 |
| <input type="checkbox"/> فرط الحركة.....                          | <input type="checkbox"/> وزن زائد.....                    | <input type="checkbox"/> ضعف السمع.....                 |
| <input type="checkbox"/> العدوانية.....                           | <input type="checkbox"/> قلة وزن.....                     | <input type="checkbox"/> خصوصية اللغة.....              |
| <input type="checkbox"/> اضطراب في النوم.....                     | <input type="checkbox"/> آلام الرأس المتكررة.....         | <input type="checkbox"/> تأخر تطور اللغة.....           |
| <input type="checkbox"/> شخير متكرر (بدون عدوى).....              | <input type="checkbox"/> آلام البطن المتكررة.....         | <input type="checkbox"/> خلل في القدرة على التركيز..... |
| <input type="checkbox"/> تنفس من الفم/إعاقة في التنفس بالأنف..... | <input type="checkbox"/> آلام الساق المتكررة.....         | <input type="checkbox"/> التبول اللاإرادي.....          |
| <input type="checkbox"/> نعاس بالنهار حاد.....                    | <input type="checkbox"/> التخوف.....                      | <input type="checkbox"/> سلسل البراز اللاإرادي.....     |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....                             | <input type="checkbox"/> لو كانت هناك أمراض أخرى، فما هي؟ |   |

7. من هم الأطباء أو المعالجين الذين كان لديهم طفلك في الـ 12 شهر الأخيرة.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> أخصائي علاج طبيعي..... | <input type="checkbox"/> طبيب عيون.....                  | <input type="checkbox"/> طبيب أطفال.....        |
| <input type="checkbox"/> طبيب أطفال نفساني..... | <input type="checkbox"/> طبيب الأنف والأذن والحنجرة..... | <input type="checkbox"/> طبيب عام.....          |
| <input type="checkbox"/> طبيب نفسي.....         | <input type="checkbox"/> طبيب جلدية.....                 | <input type="checkbox"/> طبيب أسنان.....        |
| <input type="checkbox"/> جراح/طبيب عظام.....    | <input type="checkbox"/> طبيب مسالك بولية.....           | <input type="checkbox"/> طبيب تقوم الأسنان..... |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....           | <input type="checkbox"/> لدى أي من هؤلاء الأطباء؟        |   |

8. هل كانت تُجرى الفحوصات أو المعالجات التالية مع طفلك؟

بيانات دقيقة (على سبيل المثال عمليات طارئة: الأورام الحميدة)

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> تشخيص التطور.....                  | ..... |
| <input type="checkbox"/> مدة الاستشفاء والنقاهة.....        | ..... |
| <input type="checkbox"/> اختبار حساسية.....                 | ..... |
| <input type="checkbox"/> عملية طارئة.....                   | ..... |
| <input type="checkbox"/> معالجة بالإقامة داخل المستشفى..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد فحوصات/ معالجات.....       | ..... |

9. ما هي المعالجات أو المساعدات التي حصل عليها طفلك حتى الآن؟

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> معالجة تربوية.....  | <input type="checkbox"/> تدخل مبكر.....                                 | <input type="checkbox"/> علاج النطق / لوغويديا..... |
| <input type="checkbox"/> العلاج النفسي.....  | <input type="checkbox"/> دعم لغوي في حضانة الرعاية اليومية للأطفال..... | <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي المهني..... |
| <input type="checkbox"/> مساعدة أسرية.....   | <input type="checkbox"/> مساعدة اندماج.....                             | <input type="checkbox"/> علاج فيزيائي.....          |
| <input type="checkbox"/> الارشاد النفسي..... | <input type="checkbox"/> الارشاد التربوي.....                           | <input type="checkbox"/> معالجة تقويم الأسنان.....  |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد.....        | <input type="checkbox"/> لو هناك معالجات/مساعدات أخرى، فما هي؟          |   |

10. هل كان طفلك يعاني من تسمم أو أصيب في حادثة، مما استدعى الأمر لمعالجة طبية؟

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> تسمم.....    | <input type="checkbox"/> حادثة في الحركة المرورية.....     | <input type="checkbox"/> حادثة في المنزل.....                                   |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد..... | <input type="checkbox"/> حادثة في إحدى الأماكن الأخرى..... | <input type="checkbox"/> حادثة في حضانة الرعاية اليومية للأطفال/مدرسة/نادي..... |

11. هل تناول طفلك في السنة الأخيرة أدوية؟

- |                                    |                                   |                         |                          |                          |                               |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (Nein) لا | <input type="checkbox"/> (Ja) نعم | (Medikament) اسم الدواء | (Bei Bedarf) بانتظام     | (Regelmäßig) عند الحاجة  | (Wenn ja, wegen) لو نعم، بسبب |
| .....                              | .....                             | .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حساسية.....                   |
| .....                              | .....                             | .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ربو.....                      |
| .....                              | .....                             | .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صرع (تشنجات عصبية).....       |
| .....                              | .....                             | .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فرط حركة.....                 |
| .....                              | .....                             | .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آلام أخرى.....                |

12. هل تريد أن نخبرنا بأشياء أخرى عن طفلك؟

.....

## لك أن تجيب على الأسئلة 13-22 طواعية!

تستخدم هذه الأسئلة بالدرجة الأولى للتغطية الإعلامية الصحية على مستوى الولاية. ولا يرتبط ذلك بفحص القبول بالمدرسة، كما أن ذلك لا يرتبط بالفحوصات اللاحقة أو الآراء المتعلقة بذلك. وبلا شك يمكنك أن تترك بعض الأسئلة دون إجابة. وبالطبع لن يلحق بك أو بطفلك أية أضرار من ذلك.

### 13. ما هي مدة الرضاعة الطبيعية لطفلك؟

- أ. من 1-3 أشهر .....  أقل من شهر .....  لم تتم الرضاعة الطبيعية .....  غير معروف .....
- ب. أكثر من 6 أشهر .....  من 4-6 أشهر .....  لقد تمت الرضاعة حتى الشهر  فقط

### 14. مع من يعيش الطفل بصفة رئيسية؟ (يرجى منك أن تضع فقط علامة ×)

- في ملجأ .....  لدى الآباء بالتبني .....
- لدى الآباء الحقيقيين .....  لدى الأم مع شريك/ة الحياة .....
- لدى أعضاء آخرين من العائلة .....  لدى الأم المعيلة بمفردها .....
- لدى أشخاص آخرين .....  لدى الأب مع شريك/ة الحياة .....
- لدى الأب المعيل بمفرده .....

### 15. كم من الأطفال الذين يعيشون على نفقتك؟ (بما فيهم الطفل الذي سيدخل المدرسة)

- كم طفلاً؟ ..... أكثر من 4 .....  4 أطفال .....  3 أطفال .....  2 طفلين .....  1 طفل .....

### 16. ما هي اللغات التي يتم التحدث بها لديك في المنزل؟ (يمكن ذكر أكثر من لغة)

- (Welche andere Sprachen) لغات أخرى .....  (Deutsch) اللغة الألمانية .....

### 17. في أي بلد ولدت؟ (يرجى منك أن تذكر ذلك لكلا الأبوين)

- (in welchem Land?) في أي بلد؟ ..... (in einem anderen Land) في بلد آخر .....
- (in Deutschland) في ألمانيا .....  (in Deutschland) في أي بلد؟ ..... (in einem anderen Land) في بلد آخر .....

### 18. ما هي جنسيتك؟ (يرجى ذكر ذلك للطفل ولكلا الأبوين)

- (Welche?) ماهي؟ ..... (andere/weitere Staatsangehörigkeit) جنسية أخرى .....
- (Deutsch) ألمانية .....  (Deutsch) ألمانية .....
- (Deutsch) ألمانية .....  (andere/weitere Staatsangehörigkeit) جنسية أخرى .....
- (Deutsch) ألمانية .....  (andere/weitere Staatsangehörigkeit) جنسية أخرى .....

### 19. هل يُدخن في منزلك؟

- غالباً .....  أحياناً .....  لا .....

### 20. ما هي الشهادات التي حصلت عليها (يرجى منك فقط ذكر أعلى شهادة حصلت عليها، وذكر ذلك لكلا الوالدين!)

- (Vater/Sorgeberechtigter) أب/حاضن ..... (Mutter/Sorgeberechtigte) أم/حاضنة
- شهادة إتمام التعليم الأساسي/ شهادة إتمام التعليم الشعبي .....
- شهادة الثانوية العامة .....
- شهادة تأهيل للدراسة بجامعة العلوم التطبيقية .....
- شهادة الثانوية العامة .....
- تأهيل مدرسي آخر .....
- لا يزال في الدراسة المدرسية (تلميذ) .....
- أنهى المدرسة دون الحصول على شهادة مدرسية .....

21. هل لديك شهادة إتمام تدريب مهني؟

لو نعم، ما هي؟ (اذكر من فضلك فقط أعلى شهادة حصلت عليها واذكر ذلك لكلا الوالدين!)

(Vater/Sorgeberechtigter)

أب/حاضن

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Mutter/Sorgeberechtigte)

أم/حاضنة

..... تعليم (تدريب مهني ومؤسسي)

..... مدرسة مهنية، مدرسة تجارية (تدريب مهني مدرسي)

..... مدرسة متخصصة (على سبيل المثال مدرسة معلم وفني، أكاديمية مهنية أو متخصصة)

..... معهد فني عالي، مدرسة هندسية

..... جامعة، معهد عالي

..... شهادة تدريب مهني آخر

..... لا يزال في التدريب المهني

..... لم يحصل على شهادة

22. من أجب على هذا الاستبيان؟

..... أم/حاضنة

..... جدة

..... مربية

..... أخوة الطفل

..... أب/حاضن

..... جد

..... مربّي

..... شخص آخر