

**Ankieta dla rodziców odnośnie badania bilansowego dziecka przed pójściem do szkoły**

Odpowiedzi na pytania 1-12 są potrzebne lekarzowi szkolnemu / lekarce szkolnej w celu dokonania oceny medycznej zgodnie z § 11 Regulaminu szkolnego dla publicznych szkół podstawowych w Rheinland-Pfalz [Nadrenia-Palatynat]. Niniejsze informacje stanowią podstawę do przeprowadzenia wspólnej rozmowy oraz określenia aktualnego stopnia rozwoju dziecka. W każdym razie prosi się o udzielenie odpowiedzi na niniejsze pytania. Niejasności co do poszczególnych pytań mogą zostać wyjaśnione podczas rozmowy.



**Rheinland-Pfalz**  
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE

**1. Dane dotyczące rodziny**

Wypełnione dnia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	

	Dziecko	Matka	Ojciec
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		
Płeć	Mężczyzna... <input type="checkbox"/> Kobieta... <input type="checkbox"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kraj urodzenia dziecka	<input type="text"/>
	dzień miesiąc rok		

**2. Do jakich placówek uczęszczało do tej pory Państwa dziecko? (możliwe wskazanie wielu odpowiedzi)**

Żłobek .....  Przedszkole / placówka dziennej opieki nad dziećmi ..  Specjalne przedszkole ..   
Opieka dzienna ..  Integracyjna placówka dziennej opieki nad dziećmi...  **Żadna placówka** .....

Dziecko uczęszcza od \_\_\_\_ lat i \_\_\_\_ miesięcy do aktualnej placówki.

Wiek dziecka w chwili rozpoczęcia pierwszej opieki poza rodziną: \_\_\_\_ lata \_\_\_\_ miesiące.

**3. Jakie choroby zakaźne przechodziło już Państwa dziecko?**

Ospa wietrzna ..... <input type="checkbox"/>	Świnka ..... <input type="checkbox"/>	Salmonella ..... <input type="checkbox"/>
Szkarlatyna ..... <input type="checkbox"/>	Różyczka ..... <input type="checkbox"/>	Borelioza ..... <input type="checkbox"/>
Rumień zakaźny ..... <input type="checkbox"/>	Krzusiec ..... <input type="checkbox"/>	Zapalenie mózgowo/ opon mózgowych ..... <input type="checkbox"/>
Odra ..... <input type="checkbox"/>	Wirusowe zapalenie wątroby typu B ..... <input type="checkbox"/>	Rotawirusy ..... <input type="checkbox"/>
Inne ..... <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, jakie? _____	<b>Żadne...</b> <input type="checkbox"/>

**4. Jakie ostre choroby wystąpiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

Zapalenie oskrzeli ..... <input type="checkbox"/>	Zapalenie pęcherza / dróg moczowych ..... <input type="checkbox"/>	Atak podgłośniaowego zapalenia krtani ..... <input type="checkbox"/>
Zapalenie gardła / migdałków .. <input type="checkbox"/>	Zapalenie płuc ..... <input type="checkbox"/>	Napad padaczkowy ..... <input type="checkbox"/>
Zapalenie ucha środkowego ... <input type="checkbox"/>	Drgawki gorączkowe ..... <input type="checkbox"/>	Częste infekcje ..... <input type="checkbox"/>
Infekcja jelitowo-żołądkowa .. <input type="checkbox"/>		
Inne ..... <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, jakie? _____	<b>Żadne...</b> <input type="checkbox"/>

**5. Czy u Państwa dziecka zostały kiedykolwiek zdiagnozowane przez lekarza następujące uszczerbki na zdrowiu? Prosimy o przyniesienie ze sobą ewentualnie odpowiednich dokumentów!**

Alergie ..... <input type="checkbox"/>	Polipy (migdałki gardłowe) ..... <input type="checkbox"/>	Napady drgawek (epilepsja) <input type="checkbox"/>
Atopowe zapalenie skóry ..... <input type="checkbox"/>	Choroba kręgosłupa ..... <input type="checkbox"/>	Choroba nowotworowa ..... <input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/>	Choroba tarczycy ..... <input type="checkbox"/>	Reumatyzm ..... <input type="checkbox"/>
Astma oskrzelowa ..... <input type="checkbox"/>	Wada serca / choroba serca ..... <input type="checkbox"/>	Autyzm ..... <input type="checkbox"/>
Katar sienny ..... <input type="checkbox"/>	Cukrzyca ..... <input type="checkbox"/>	Wada wrodzona ..... <input type="checkbox"/>
Alergia pokarmowa ..... <input type="checkbox"/>	Przewlekłe zakażenie dróg moczowych ..... <input type="checkbox"/>	Upośledzenie fizyczne ..... <input type="checkbox"/>
Alergiczne wysypki ..... <input type="checkbox"/>	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) . <input type="checkbox"/>	Upośledzenie umysłowe ..... <input type="checkbox"/>
Inne ..... <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, jakie? _____	<b>Żadne...</b> <input type="checkbox"/>

**6. Czy Państwa dziecko miało w ciągu ostatnich 12 miesięcy następujące symptomy lub nieprawidłowości?**

- |                               |                          |                           |                          |  |                          |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Problemy ze wzrokiem .....    | <input type="checkbox"/> | Robaczycza .....          | <input type="checkbox"/> | Nietolerancja pokarmowa .....                                | <input type="checkbox"/> |
| Problemy ze słuchem .....     | <input type="checkbox"/> | Nadwaga .....             | <input type="checkbox"/> | Niepokój ruchowy / hiperaktywność .....                      | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia mowy .....         | <input type="checkbox"/> | Niedowaga .....           | <input type="checkbox"/> | Agresywność .....  | <input type="checkbox"/> |
| Opóźnienie rozwojowe .....    | <input type="checkbox"/> | Częste bóle głowy .....   | <input type="checkbox"/> | Problemy z zasypianiem / zaburzeniasnu .....                 | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia koncentracji ..... | <input type="checkbox"/> | Częste bóle brzucha ..... | <input type="checkbox"/> | Częste chrapanie (bez infekcji) .....                        | <input type="checkbox"/> |
| Moczenie nocne .....          | <input type="checkbox"/> | Częste bóle nóg .....     | <input type="checkbox"/> | Oddychanie przez usta / zaburzone oddychanie przez nos ..... | <input type="checkbox"/> |
| Nietrzymanie moczu .....      | <input type="checkbox"/> | Bojaźliwość .....         | <input type="checkbox"/> | Nadmierne zmęczenie w ciągu dnia .....                       | <input type="checkbox"/> |
| Inne .....                    | <input type="checkbox"/> | Jeśli tak, jakie? .....   |                          | Żadne .....  | <input type="checkbox"/> |

**7. U jakich lekarzy bądź terapeutów było Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

- |                       |                          |                     |                          |  |                          |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Pediatra .....        | <input type="checkbox"/> | Okulista .....      | <input type="checkbox"/> | Osoba lecząca metodami niekonwencjonalnymi ..... | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz rodzinny ..... | <input type="checkbox"/> | Otolaryngolog ..... | <input type="checkbox"/> | Psychiatra dziecięcy i młodzieżowy .....         | <input type="checkbox"/> |
| Dentysta .....        | <input type="checkbox"/> | Dermatolog .....    | <input type="checkbox"/> | Psycholog .....                                  | <input type="checkbox"/> |
| Ortodonta .....       | <input type="checkbox"/> | Urolog .....        | <input type="checkbox"/> | Chirurg/Ortopeda .....                           | <input type="checkbox"/> |
| U innych .....        | <input type="checkbox"/> | Jakich? .....       |                          | Żadnych .....                                    | <input type="checkbox"/> |

**8. Czy Państwa dziecko zostało kiedykolwiek poddane następującym badaniom lub zabiegom?**

Dokładniejsze informacje (np. operacje ambulatoryjne: polipy)

- |  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| Diagnostyka rozwojowa .....                | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pobyt rehabilitacyjny / uzdrowiskowy ..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Test alergologiczny .....                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operacja ambulatoryjna .....               | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stacjonarne leczenie szpitalne .....       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nie przeprowadzano badań / zabiegów .....  | <input type="checkbox"/> |       |

**9. Jakim zabiegom lub terapiom zostało poddane do tej pory Państwa dziecko?**

- |                                |                          |   |                          |                                       |                          |
|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Terapia mowy / logopedia ..... | <input type="checkbox"/> | Wczesne wsparcie rozwoju dziecka .....                            | <input type="checkbox"/> | Specjalne leczenie pedagogiczne ..... | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapia .....              | <input type="checkbox"/> | Wsparcie językowe w placówce<br>dziennej opieki nad dziećmi ..... | <input type="checkbox"/> | Psychoterapia .....                   | <input type="checkbox"/> |
| Fizjoterapia .....             | <input type="checkbox"/> | Wsparcie integracyjne .....                                       | <input type="checkbox"/> | Wsparcie rodzinne .....               | <input type="checkbox"/> |
| Leczenie ortodontyczne .....   | <input type="checkbox"/> | Poradnictwo wychowawcze .....                                     | <input type="checkbox"/> | Poradnictwo psychologiczne .....      | <input type="checkbox"/> |
| Inne .....                     | <input type="checkbox"/> | Jeśli tak, jakie? .....   |                          | Żadne .....                           | <input type="checkbox"/> |

**10. Czy Państwa dziecko doznało kiedykolwiek wypadku lub zatrucia, które wymagały leczenia medycznego?**

- |   |                          |                                |                          |                |                          |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Wypadek w domu .....  | <input type="checkbox"/> | Wypadek w ruchu drogowym ..... | <input type="checkbox"/> | Zatrucie ..... | <input type="checkbox"/> |
| Wypadek w placówce dziennej<br>opieki nad dziećmi / szkole / klubie ..... | <input type="checkbox"/> | Wypadek w innym miejscu .....  | <input type="checkbox"/> | Żadnego .....  | <input type="checkbox"/> |

**11. Czy Państwa dziecko zażywało w ostatnim roku leki?**Nie ...  Tak ... 

- | Jeśli tak, w związku z czym      | Regularnie               | W razie potrzeby         | Nazwa leku |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Alergie .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Astma .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Epilepsja (napady drgawek) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Hiperaktywność .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| Inna choroba .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |

**12. Czy chcielibście Państwo poinformować nas jeszcze o czymś odnośnie Państwa dziecka?**

\_\_\_\_\_

**Udzielenie odpowiedzi na pytania 13-22 jest dobrowolne!**

Niniejsze pytania służą w pierwszej kolejności ogólnokrajowej Sprawozdawczości o Zdrowiu. Zarówno badanie bilansowe dziecka przed pójściem do szkoły jak też późniejsze badania lub opinie są niezależne od tego.

W razie wątpliwości mogą Państwo pozostawić także pojedyncze pytania bez odpowiedzi. Z tego powodu nie powstaną dla Państwa lub Państwa dziecka oczywiście żadne negatywne skutki.

**13. Jak długo Państwa dziecko było karmione piersią?**

- a. Nie było karmione piersią ....       Krócej niż 1 miesiąc.....       1 - 3 miesiące ....   
 4 - 6 miesięcy.....       Dłużej niż 6 miesięcy ...       Nieznane .....
- b. Do   miesiąca życia było wyłącznie karmione piersią.      Nieznane .....

**14. U kogo głównie mieszka dziecko? (proszę postawić tutaj tylko krzyżyk)**

- U biologicznych rodziców .....       W domu dziecka .....   
 U matki z partnerem/partnerką .....       U rodziców zastępczych/rodziców adopcyjnych ..   
 U samotnie wychowującej matki .....       U innych członków rodziny .....   
 U ojca z partnerem/partnerką .....       U innych osób .....   
 U samotnie wychowującego ojca .....

**15. Ile dzieci mieszka łącznie w Państwa domu? (łącznie z dzieckiem przyjętym do szkoły)**

- 1 dziecko...     2 dzieci...     3 dzieci...     4 dzieci...     więcej niż 4 dzieci ...  , Ile? \_\_\_\_\_

**16. W jakich językach rozmawia się u Państwa w domu? (możliwe wskazanie wielu odpowiedzi)**

- Język niemiecki ...     Inne języki .....       Jakie? \_\_\_\_\_

**17. W jakim kraju urodziliście się Państwo? (prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców)**

- Matka** ... W Niemczech ....       W innym kraju.....       W jakim? \_\_\_\_\_  
**Ojciec** .. W Niemczech ....       W innym kraju.....       W jakim? \_\_\_\_\_

**18. Jakie obywatelstwo posiadacie Państwo? (prosi się o podanie obywatelstwa dziecka oraz obojga rodziców)**

- Dziecko**.. Niemieckie ...     Inne / dalsze obywatelstwa .....       Jakie? \_\_\_\_\_  
**Matka** .... Niemieckie ...     Inne / dalsze obywatelstwa .....       Jakie? \_\_\_\_\_  
**Ojciec** ... Niemieckie ...     Inne / dalsze obywatelstwa .....       Jakie? \_\_\_\_\_

**19. Czy w Państwa domu pali się papierosy?**

- Nigdy...       Sporadycznie...       Często...

**20. Jaką najwyższą szkołę Państwo ukończyliście (Prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców!)**

- |  | Matka / osoba<br>uprawniona do opieki | Ojciec / osoba<br>uprawniona do opieki |
|--|---------------------------------------|--|
| Ukończenie szkoły głównej / ukończenie szkoły podstawowej .....  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| Ukończenie szkoły realnej / średniej (dyplom ukończenia szkoły realnej) ....                               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| Świadectwo dojrzałości uprawniające do studiowania w wyższej szkole zawodowej (ukończenie technikum) ..... | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| Ogólne świadectwo dojrzałości (matura) .....   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| Inny dyplom ukończenia szkoły .....  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| (Jeszcze) w trakcie kształcenia szkolnego (uczeń) .....  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |
| Szkoła ukończona bez uzyskania dyplomu / kwalifikacji .....  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>               |

**21. Czy posiadają Państwo ukończone wykształcenie zawodowe? Jeśli tak, jakie? (Prosi się o podanie tylko najwyższego stopnia ukończenia szkoły. Prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców!)**

	Matka / osoba uprawniona do opieki	Ojciec / osoba uprawniona do opieki
Nauka zawodu (wykształcenie zawodowo-zakładowe) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła zawodowa, szkoła handlowa (wykształcenie zawodowo-szkolne) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technikum (np. Szkoła Mistrzowsko-Techniczna, Wyższa Szkoła Zawodowa lub Wyższa Szkoła Kierunkowa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyższa szkoła zawodowa, szkoła inżynierska .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniwersytet, szkoła wyższa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny dyplom ukończenia nauki .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeszcze w trakcie kształcenia zawodowego .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak ukończenia szkoły .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Kto udzielał odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie?**

Matka/osoba uprawniona do opieki.. <input type="checkbox"/>	Babcia .... <input type="checkbox"/>	Przybrana matka ... <input type="checkbox"/>	Rodzeństwo dziecka .. <input type="checkbox"/>
Ojciec/osoba uprawniona do opiek.. <input type="checkbox"/>	Dziadek .. <input type="checkbox"/>	Przybrany ojciec ... <input type="checkbox"/>	Inna osoba ..... <input type="checkbox"/>