

Chestionar pentru consultarea la înscrierea la școală

Medicul școlii are nevoie de informațiile de la întrebările 1-13 pentru evaluarea medicală școlară în conformitate cu §11 din Regulamentul școlar pentru școlile primare publice din Renania-Palatinat. Informațiile servesc drept bază pentru discuția comună și pentru constatarea stării actuale de dezvoltare a copilului. Se roagă să răspundeți în orice caz la aceste întrebări. Incertitudinile legate de întrebările individuale pot fi clarificate în cadrul discuției.



1. Informații cu privire la familie			Completat la data de:												
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Zi</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Lună</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">An</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							Zi	Lună	An			
Zi	Lună	An													
	Copil		Tutore legal 1 (de ex. tata/mama)		Tutore legal 2 (de ex. tata/mama)										
Nume															
Prenume															
Sex	masculin <input type="checkbox"/> feminin <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/> feminin <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/> feminin <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/> feminin <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/> feminin <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>										
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Zi</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Lună</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">An</td> <td></td> </tr> </table>						Zi	Lună	An			Țara de naștere a copilului			
Zi	Lună	An													
Adresă															
2. Cum a fost îngrijit copilul d-voastră? Ce instituții a frecventat?															
a) Copilul a fost îngrijit exclusiv în cadrul familiei până la vârsta de ____ ani și ____ luni.															
b) După aceea, a frecventat următoarele instituții: (sunt posibile alegeri multiple)															
Creșă.....	<input type="checkbox"/>	Grădiniță/îngrijire de zi.....	<input type="checkbox"/>	Grădiniță de sprijin.....	<input type="checkbox"/>										
Creșă de îngrijire de zi.....	<input type="checkbox"/>	Îngrijire de zi integrativă.....	<input type="checkbox"/>	nici o instituție.....	<input type="checkbox"/>										
c) Copilul frecventează în prezent următoarea instituție:															
Creșă.....	<input type="checkbox"/>	Grădiniță/îngrijire de zi.....	<input type="checkbox"/>	Grădiniță de sprijin.....	<input type="checkbox"/>										
Creșă de îngrijire de zi.....	<input type="checkbox"/>	Îngrijire de zi integrativă.....	<input type="checkbox"/>	nici o instituție.....	<input type="checkbox"/>										
3. Ce boli infecțioase a avut deja copilul dumneavoastră? (sunt posibile alegeri multiple)															
Vărsat de vânt.....	<input type="checkbox"/>	Oreion.....	<input type="checkbox"/>	Salmonela.....	<input type="checkbox"/>										
Scarlatină.....	<input type="checkbox"/>	Rubeolă.....	<input type="checkbox"/>	Boala Lyme.....	<input type="checkbox"/>										
Eritemul infecțios.....	<input type="checkbox"/>	Tuse convulsivă.....	<input type="checkbox"/>	Inflamarea creierului/meningelui.	<input type="checkbox"/>										
Pojar.....	<input type="checkbox"/>	Hepatita B.....	<input type="checkbox"/>	Rotaviruși.....	<input type="checkbox"/>										
Altele.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Nici una.....	<input type="checkbox"/>										
Dacă altele, care? _____															
4. Ce boli acute au apărut în ultimele 12 luni? (sunt posibile alegeri multiple)															
Bronșită.....	<input type="checkbox"/>	Infecții vezică urinară/tract urinar	<input type="checkbox"/>	Laringotraheita acută stenozantă.....	<input type="checkbox"/>										
Inflamație gât/amigdale.....	<input type="checkbox"/>	Pneumonii.....	<input type="checkbox"/>	Convulsie cerebrală.....	<input type="checkbox"/>										
Infecții ale urechii medii	<input type="checkbox"/>	Convulsii febrile.....	<input type="checkbox"/>	Infecții frecvente.....	<input type="checkbox"/>										
Infecție gastrointestinală	<input type="checkbox"/>														
Altele.....	<input type="checkbox"/>			Nici una.....	<input type="checkbox"/>										
Dacă altele, care? _____															

5. Copilul dumneavoastră a avut vreodată următoarele boli sau dizabilități diagnosticate medical? (sunt posibile alegeri multiple) Vă rugăm să aduceți respectiv cu dvs. documente concludente în acest sens!

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Alergii..... | <input type="checkbox"/> | Polipi (adenoide)..... | <input type="checkbox"/> | Convulsii (epilepsie)..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermită..... | <input type="checkbox"/> | Afecțiuni ale coloanei vertebrale..... | <input type="checkbox"/> | Boală tumorală/cancer..... | <input type="checkbox"/> |
| Bronșită cronică..... | <input type="checkbox"/> | Boală tiroidiană..... | <input type="checkbox"/> | Reumatism..... | <input type="checkbox"/> |
| Astmă bronșică..... | <input type="checkbox"/> | Defecte/boli ale inimii..... | <input type="checkbox"/> | Autism..... | <input type="checkbox"/> |
| Alergie la polen..... | <input type="checkbox"/> | Diabetul zaharat..... | <input type="checkbox"/> | Deficiență congenitală..... | <input type="checkbox"/> |
| Alergii la alimente..... | <input type="checkbox"/> | Infecții cronice ale tractului urinar..... | <input type="checkbox"/> | Deficiență fizică..... | <input type="checkbox"/> |
| Erupecii cutanate alergice..... | <input type="checkbox"/> | Sindromul deficitului de atenție..... | <input type="checkbox"/> | Deficiență mintală..... | <input type="checkbox"/> |
| Altele..... | <input type="checkbox"/> | Boli psihice..... | <input type="checkbox"/> | Nici una..... | <input type="checkbox"/> |
- Dacă altele, care? _____

6. Copilul dumneavoastră a avut vreunul dintre următoarele simptome sau tulburări în ultimele 12 luni? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| Tulburări de vedere..... | <input type="checkbox"/> | Boli cauzate de viermi..... | <input type="checkbox"/> | Intoleranțe alimentare..... | <input type="checkbox"/> |
| Tulburări de auz..... | <input type="checkbox"/> | Obezitate..... | <input type="checkbox"/> | Neliniște/hiperactivitate motorie..... | <input type="checkbox"/> |
| Anomalii de vorbire..... | <input type="checkbox"/> | Subponderal..... | <input type="checkbox"/> | Agresivitate..... | <input type="checkbox"/> |
| Întârzieri de dezvoltare..... | <input type="checkbox"/> | Dureri dese de cap..... | <input type="checkbox"/> | Dificultate de a adormi/a dormi neîntrerupt..... | <input type="checkbox"/> |
| Dificultate de concentrare..... | <input type="checkbox"/> | Dureri dese de burtă..... | <input type="checkbox"/> | Sforăit frecvent (fără infecții)..... | <input type="checkbox"/> |
| Udarea patului..... | <input type="checkbox"/> | Dureri dese de picioare..... | <input type="checkbox"/> | Respirație pe gură/respirație nazală obstrucționată..... | <input type="checkbox"/> |
| Encoprezis..... | <input type="checkbox"/> | Anxietate..... | <input type="checkbox"/> | Somnolență pronunțată în timpul zilei..... | <input type="checkbox"/> |
| Altele..... | <input type="checkbox"/> | | | Nici unul..... | <input type="checkbox"/> |
- Dacă altele, care? _____

7. La ce medici sau terapeuți a fost copilul dumneavoastră în ultimele 12 luni? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Pediatru..... | <input type="checkbox"/> | Oftalmolog..... | <input type="checkbox"/> | Naturopat..... | <input type="checkbox"/> |
| Medic de familie..... | <input type="checkbox"/> | Orelist..... | <input type="checkbox"/> | Psihiatru pentru copii și tineri..... | <input type="checkbox"/> |
| Dentist..... | <input type="checkbox"/> | Dermatolog..... | <input type="checkbox"/> | Psiholog/psihoterapeut..... | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontist..... | <input type="checkbox"/> | Urolog..... | <input type="checkbox"/> | Chirurg/ ortoped..... | <input type="checkbox"/> |
| Alții..... | <input type="checkbox"/> | Cardiolog de copii..... | <input type="checkbox"/> | Nici unul..... | <input type="checkbox"/> |
- Dacă alții, care? _____

8. La copilul dumneavoastră au fost vreodată efectuate următoarele consultații sau tratamente? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | |
|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|-------|
| Diagnostic de dezvoltare..... | <input type="checkbox"/> | Indicații exacte (de ex. operație ambulantă: polipi) | _____ |
| Sejur de reabilitare sau balnear..... | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Test de alergie..... | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Operație ambulantă..... | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Tratament spitalicesc staționar..... | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Nicio consultație/ niciun tratament..... | <input type="checkbox"/> | | |

9. Ce tratamente sau sprijine a primit copilul dumneavoastră până acum? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Terapie de vorbire/ logopedie.... | <input type="checkbox"/> | Stimulare precoce..... | <input type="checkbox"/> | Tratament pedagogic curativ..... | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapie..... | <input type="checkbox"/> | Sprijin de integrare..... | <input type="checkbox"/> | Psihoterapie..... | <input type="checkbox"/> |
| Fizioterapie..... | <input type="checkbox"/> | Consiliere educațională..... | <input type="checkbox"/> | Consiliere psihologică..... | <input type="checkbox"/> |
| Tratament ortodontist..... | <input type="checkbox"/> | | | Sprijin de familie (SPFH)..... | <input type="checkbox"/> |
| Altele..... | <input type="checkbox"/> | | | Nici unul..... | <input type="checkbox"/> |
- Dacă altele, care? _____
- Care a fost cauza/motivele tratamentului și/sau sprijinului? _____
- Perioada de timp/Durata tratamentului: _____

10. Copilul dumneavoastră a avut vreodată accidente sau intoxicații care au necesitat tratamente medicale? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Accident acasă..... | <input type="checkbox"/> | Accident în cadrul circulației rutiere..... | <input type="checkbox"/> | Intoxicație..... | <input type="checkbox"/> |
| Accident într-o instituție de îngrijire (de ex. grădiniță) | <input type="checkbox"/> | Accident într-un alt loc (de ex. club, sală de sport)..... | <input type="checkbox"/> | Nici unul..... | <input type="checkbox"/> |

11. Copilul dumneavoastră a luat vreun medicament în ultimele 12 luni?

Da..... Nu.....

Dacă da, pentru:	În mod regulat	La nevoie	Numele medicamentului
Alergii.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astm bronșic.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Convulsii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hiperactivitate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alte boli cronice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Copilul d-voastră are nevoie respectiv de medicamente la școală? În mod regulat..... La nevoie..... Nu.....

Braucht Ihr Kind in der Schule Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme? Da.... Nu..... Fără administrare de medicamente la școală.....

12. Doriți să ne mai spuneți ceva despre copilul dumneavoastră?

13. Cine a răspuns la chestionar? (sunt posibile alegeri multiple)

- | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Tutore legal 1..... | <input type="checkbox"/> | Bunica..... | <input type="checkbox"/> | Mamă de îngrijire | <input type="checkbox"/> | Frații copilului..... | <input type="checkbox"/> |
| Tutore legal 2..... | <input type="checkbox"/> | Bunicul..... | <input type="checkbox"/> | Tată de îngrijire.. | <input type="checkbox"/> | Altă persoană..... | <input type="checkbox"/> |

Răspunsul la întrebările 14- 23 este voluntar!

Întrebările servesc în primul rând pentru raportarea sănătății și sprijinirea explorării privind sănătatea copiilor. Atât consultația pentru înscrierea la școală, cât și consultațiile sau avizele ulterioare sunt independente de aceasta. Dacă aveți îndoieli, puteți lăsa și întrebări individuale fără răspuns. Dumneavoastră sau copilul dumneavoastră nu veți suferi bineînțeles niciun dezavantaj din această cauză.

14. Cât timp a fost alăptat copilul dumneavoastră?		
a) Nu a fost alăptat.....	<input type="checkbox"/>	Mai puțin de o lună.....
4-6 luni.....	<input type="checkbox"/>	Mai mult de 6 luni.....
b) începând cu a ____ lună de viață a fost hrănit (alimente complementare și/sau lapte praf).	<input type="checkbox"/>	necunoscut
15. Cu cine trăiește în principal copilul? (Vă rugăm să bifați doar o căsuță aici)		
La părinții naturali.....	<input type="checkbox"/>	La părinți de îngrijire/ adoptivi.....
La tutorele legal 1 părinte singur.....	<input type="checkbox"/>	La alți membri ai familiei.....
La tutorele legal 2 părinte singur.....	<input type="checkbox"/>	La alte persoane.....
Într-o familie vitregă sau amestecată.....	<input type="checkbox"/>	În cămin.....
În model schimbător (la fel de des la tutorii legali ce trăiesc despărțiți).....	<input type="checkbox"/>	
16. Câți copii trăiesc în total în gospodăria dumneavoastră? (inclusiv copilul ce urmează a fi înscris la școală)		
1 copil	<input type="checkbox"/>	2 copii
	<input type="checkbox"/>	3 copii
	<input type="checkbox"/>	4 copii
	<input type="checkbox"/>	mai mult de 4 copii
	<input type="checkbox"/>	, și anume ____ copii.
17. Ce limbi se vorbesc la dumneavoastră acasă? (sunt posibile alegeri multiple)		
Germană.....	<input type="checkbox"/>	Alte limbi.....
	<input type="checkbox"/>	Care? _____
18. În ce țară sunteți născuți? (Vă rugăm să indicați pentru ambii tutori legali)		
Tutore legal 1	în Germania	<input type="checkbox"/>
	în altă țară	<input type="checkbox"/>
	în care? _____	
Tutore legal 2	în Germania	<input type="checkbox"/>
	în altă țară	<input type="checkbox"/>
	în care? _____	
19. Ce cetățenie aveți? (Vă rugăm să indicați pentru copil și pentru ambii tutori legali)		
Copil	germană	<input type="checkbox"/>
	Alta/ altă cetățenie	<input type="checkbox"/>
	Care? _____	
Tutore legal 1	germană	<input type="checkbox"/>
	Alta/ altă cetățenie	<input type="checkbox"/>
	Care? _____	
Tutore legal 2	germană	<input type="checkbox"/>
	Alta/ altă cetățenie	<input type="checkbox"/>
	Care? _____	
20. Se fumează la dumneavoastră în gospodărie?		
Niciodată.....	<input type="checkbox"/>	Ocazional.....
	<input type="checkbox"/>	Des.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Care este cea mai înaltă calificare școlară a dumneavoastră? (Vă rugăm să indicați pentru ambii tutori legali)		
	Tutore legal 1	Tutore legal 2
Diplomă de școală secundară/școală populară.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplomă de școală reală (treapta medie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplomă de liceu aptă de admitere la facultate (absolvirea unei școli superioare de specialitate).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitate generală de admitere la facultate (bacalaureat).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altă diplomă școlară.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Încă) în pregătire școlară (elev/ă)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală terminată fără diplomă de absolvire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nespecificat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ați terminat o pregătire profesională? Dacă da, care?		
(Vă rugăm să numiți doar diploma cea mai înaltă.)	Tutore legal 1	Tutore legal 2
Ucenicie (formare profesională în întreprindere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală profesională, școală comercială (formare profesională în școală).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală tehnică (de ex. școală de maestru tehnic, academie de meserii sau tehnică).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școală superioară aplicată, școală de ingineri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitate, Școală superioară.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altă calificare profesională.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Încă în pregătire profesională.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fără diplomă de absolvire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nespecificat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. În ce măsură activați profesional în momentul de față?		
	Tutore legal 1	Tutore legal 2
Activitate cu normă întreagă.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activitate parțială (de ex. activitate cu fracțiune de normă, activitate cu ora).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Momentan fără activitate profesională.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

