

Анкета для родителей для первичной диагностики

Данные из разделов 1-12 потребуются школьному врачу для медицинской оценки согласно §11 Школьного устава, действующего в общественных начальных школах федеральной земли Рейнланд-Пфальц. Сведения послужат основой для собеседования, а также определения текущего уровня развития ребёнка. Мы убедительно просим вас ответить на все заданные вопросы. Неясности, которые могут возникнуть при ответе на отдельные вопросы, могут быть разъяснены в рамках собеседования.



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

1. Данные о семье

Дата заполнения:

| | | |
|------|-------|------|
| □□ | □□ | □□□□ |
| день | месяц | год |

| | Ребёнок | Мать | Отец |
|---------------|---|-------------------------------|-------|
| Фамилия | _____ | _____ | _____ |
| Имя | _____ | _____ | _____ |
| Адрес | _____ | | |
| Пол | мужской... <input type="checkbox"/> женский... <input type="checkbox"/> | | |
| Дата рождения | □□ □□ □□□□ | Страна рождения ребёнка _____ | |
| | день месяц год | | |

2. Какие детские заведения посещал ваш ребёнок до поступления в школу? (возможны несколько вариантов)

Ясли..... Детский сад/дневная детская группа. Специализированный детский сад...
Группа дневного присмотра Интегративный детский сад **Не посещал детских заведений**

Данное заведение ребёнок посещает _____ год(а) и _____ месяц(а).

Возраст, в котором ребёнок впервые был оставлен под присмотром вне семьи: _____ лет _____ месяцев.

3. Какими инфекционными заболеваниями болел ваш ребёнок?

Ветряная оспа Эпидемический паротит Сальмонеллёз
Скарлатина Железистый эпителий Болезнь Лайма (боррелиоз)
Инфекционная эритема Коклюш Менингит/Воспаление мозговой оболочки ...
Корь Гепатит В Ротавирусная инфекция
Прочие заболевания Если болел другими заболеваниями, то какими? _____ **Не болел.**

4. Какими острыми заболеваниями болел ваш ребёнок в последние 12 месяцев?

Бронхит Воспаление мочевого пузыря / мочевых путей ... Псевдокруп
Ангина / Тонзиллит Пневмония..... Церебральный приступ судорог...
Отит..... Фебрильные судороги Частые инфекции
Желудочно-кишечная инфекция
Прочие заболевания Если болел другими заболеваниями, то какими? _____ **Не болел.**

5. Были ли у вашего ребёнка когда-либо диагностированы следующие заболевания?

Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующие выписки врача!

Аллергии Полипы (аденоиды) Приступы судорог (эпилепсия)
Нейродермит Заболевания позвоночника Онкологические заболевания
Хронический бронхит Заболевания щитовидной железы Ревматизм
Бронхиальная астма Порок / заболевания сердца Аутизм.....
Аллергический ринит Сахарный диабет Врождённые нарушения
Пищевая аллергия Хронические инфекционные Физические нарушения
Аллергическая экзема заболевания мочевых путей Умственные нарушения
Прочие Если да, то какие? _____ **Не установлены**.....

6. Проявлялись ли у вашего ребёнка в последние 12 месяцев следующие симптомы или отклонения?

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Нарушения зрения..... | <input type="checkbox"/> | Анкилостомидоз..... | <input type="checkbox"/> | Непереносимость пищевых продуктов..... | <input type="checkbox"/> |
| Нарушения слуха..... | <input type="checkbox"/> | Избыточный вес..... | <input type="checkbox"/> | Моторное беспокойство / гиперактивность .. | <input type="checkbox"/> |
| Отклонения речи..... | <input type="checkbox"/> | Дефицит массы тела..... | <input type="checkbox"/> | Агрессивность..... | <input type="checkbox"/> |
| Замедление в развитии..... | <input type="checkbox"/> | Частые головные боли..... | <input type="checkbox"/> | Нарушения сна..... | <input type="checkbox"/> |
| Нарушения внимания..... | <input type="checkbox"/> | Частые боли живота..... | <input type="checkbox"/> | Частый храп (без инфекции)..... | <input type="checkbox"/> |
| Недержание мочи..... | <input type="checkbox"/> | Частые боли ног..... | <input type="checkbox"/> | Дыхание ртом / затруднённое дыхание носом | <input type="checkbox"/> |
| Недержание кала..... | <input type="checkbox"/> | Боязливость..... | <input type="checkbox"/> | Выраженная дневная усталость..... | <input type="checkbox"/> |
| Прочие | <input type="checkbox"/> | Если да, то какие? | | Не установлены | <input type="checkbox"/> |

7. Каких врачей / терапевтов посещал ваш ребёнок за последние 12 месяцев?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Педиатор..... | <input type="checkbox"/> | Офтальмолог..... | <input type="checkbox"/> | Натуропат..... | <input type="checkbox"/> |
| Терапевт..... | <input type="checkbox"/> | Отоларинголог..... | <input type="checkbox"/> | Детский / подростковый психиатр..... | <input type="checkbox"/> |
| Стоматолог..... | <input type="checkbox"/> | Дерматолог..... | <input type="checkbox"/> | Психолог..... | <input type="checkbox"/> |
| Челюстно-лицевой хирург..... | <input type="checkbox"/> | Уролог..... | <input type="checkbox"/> | Хирург / Ортопед..... | <input type="checkbox"/> |
| Прочие | <input type="checkbox"/> | Какие? | | Не посещал | <input type="checkbox"/> |

8. Проводились ли у вашего ребёнка когда-либо следующие обследования / курсы лечения?

Укажите подробно (напр., амбулаторная операция: удаление полипов)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Диагностика развития..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Пребывание в санатории / реабилитационной клинике .. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Тест на аллергию..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Амбулаторные операции..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Стационарное лечение в больнице..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Обследование / лечение не проводилось..... | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Какой вид терапии или поддержки проходил / получал ваш ребёнок ранее?

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Логотерапия / логопедия..... | <input type="checkbox"/> | Методика раннего развития..... | <input type="checkbox"/> | Лечебная педагогика..... | <input type="checkbox"/> |
| Эрготерапия..... | <input type="checkbox"/> | Методика языкового развития в детской дневной группе..... | <input type="checkbox"/> | Психотерапия..... | <input type="checkbox"/> |
| Лечебная физкультура..... | <input type="checkbox"/> | Интеграционная помощь..... | <input type="checkbox"/> | Помощь семье..... | <input type="checkbox"/> |
| Лечение у челюстно-лицевого хирурга..... | <input type="checkbox"/> | Совещание с родителями по вопросам воспитания детей в семье и школе..... | <input type="checkbox"/> | Консультация психолога..... | <input type="checkbox"/> |
| Прочее | <input type="checkbox"/> | Если да, то какой вид терапии? | | Не проходил | <input type="checkbox"/> |

10. Были ли у вашего ребёнка травмы или отравления, требующие медицинского вмешательства?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Несчастный случай дома..... | <input type="checkbox"/> | Несчастный случай во время дорожного движения..... | <input type="checkbox"/> | Отравление..... | <input type="checkbox"/> |
| Несчастный случай в детском саду / школе / при занятии спортом..... | <input type="checkbox"/> | Несчастный случай при других обстоятельствах: в школе / при занятии спортом..... | <input type="checkbox"/> | Не было..... | <input type="checkbox"/> |

11. Принимал ли ваш ребёнок за последний год медикаменты?Нет Да

- | Если да, то при | регулярно | по необходимости | название медикамента |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Аллергии..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Астме..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Эпилепсии (приступе судорог)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Гиперактивности..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Прочих жалобах..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

12. Хотели бы вы добавить ещё какие-либо сведения о вашем ребёнке, заслуживающие нашего внимания?

Ответ на вопросы 13-22 носит добровольный характер!

Нижеследующие вопросы служат, в первую очередь, основой для государственной отчётности о состоянии здоровья населения. Диагностика, проводимая при поступлении ребёнка в школу, а также последующие обследования и заключения являются независимыми от данной отчётности. В случае сомнения, вы вправе не отвечать на отдельные вопросы. Разумеется, ни для вас, ни для вашего ребёнка это не повлечёт за собой никаких последствий.

13. Как долго питался ваш ребёнок грудным молоком?

- a. Не питался грудным молоком Менее 1 месяца..... От 1 до 3 месяцев.....
 От 4 до 6 месяцев Менее 6 месяцев Неизвестно
- b. **Исключительно** до месяца жизни. Неизвестно.....

14. Где, в основном, проживает ребёнок? (пожалуйста, поставьте здесь только крестик)

- У кровных родителей В детском приюте
 У матери с партнёром..... У приёмных родителей / усыновителей
 У матери-одиночки..... У других членов семьи.....
 У отца с партнёршей У третьих лиц.....
 У отца-одиночки

15. Сколько детей проживают в семье? (включая ребёнка, поступающего в школу)

- 1 ребёнок... 2 детей... 3 детей... 4 детей... Более 4 детей... сколько? _____

16. На каком языке / языках происходит общение в вашей семье? (возможны несколько вариантов)

- На немецком... На другом языке / языках На каком / каких? _____

17. В какой стране вы родились? (Укажите страну происхождения обоих родителей)

- Мать** в ФРГ В другой стране В какой? _____
Отец в ФРГ В другой стране В какой? _____

18. Какое у вас гражданство? (пожалуйста, укажите гражданство ребенка и обоих родителей)

- Ребёнок**..... ФРГ Другое / дополнительное гражданство Какое? _____
Мать ФРГ Другое / дополнительное гражданство Какое? _____
Отец..... ФРГ Другое / дополнительное гражданство Какое? _____

19. В вашей семье курят?

- никогда... иногда... часто...

20. Какое самое высокое по уровню из ниже указанных образовательных заведений вы закончили? (Пожалуйста, укажите данные обоих родителей!)

- | | Мать / Лицо, обладающее
родительскими правами | Отец / Лицо, обладающее
родительскими правами |
|---|--|--|
| Аттестат об окончании школы (9 классов) / народной школы..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Аттестат об окончании средней школы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Аттестат профессиональной зрелости..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Аттестат зрелости..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Аттестат прочего учебного заведения | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Ещё) не закончил / -а школу (ученик / ученица) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Покинул / -а школу без аттестата | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Обладаете ли вы законченным профессиональным образованием? (Укажите, пожалуйста, образовательное заведение, которое вы закончили последним. Пожалуйста, укажите данные обоих родителей!)

| | Мать / Лицо, обладающее родительскими правами | Отец / Лицо, обладающее родительскими правами |
|--|--|--|
| Профессиональное училище..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Профессионально-техническое / коммерческое училище | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Среднее специальное учебное заведение | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Специальное высшее учебное заведение / инженерное училище..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Университет, ВУЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Другое образовательное учреждение | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ещё не закончил /-а обучение..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Без образования | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Кто заполнял анкету?

Мать / Лицо, обладающее родительскими правами .. Бабушка..... Приёмная мать Брат / сестра ребёнка
Отец / Лицо, обладающее родительскими правами .. Дедушка Приёмный отец .. Третье лицо