

## Okula Giriş Sağlık Muayenesine İlişkin Ebeveyn Anketi

1 ila 12 numaralı sorularda verilen bilgilere Rheinland-Pfalz devlet okullarına yönelik Okul Yönetmeliği § 11 uyarınca sağlık değerlendirmesi için okul doktorunun ihtiyacı vardır. Bu bilgiler karşılıklı görüşmede ve çocuğun güncel gelişiminin belirlenmesinde esas oluşturur. Bu soruların her halükarda yanıtlanması rica olunur. Sorularda anlaşılmayan hususlar görüşme sırasında açıklığa kavuşturulacaktır.



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAFIE

### 1. Aile Bilgileri

Doldurma




Gün

Ay

Yıl

Çocuk

Anne

Baba

Soyadı




Adı




Adresi

Cinsiyet

erkek...  kız...

Doğum Tarihi

Gün

Ay

Yıl

Çocuğun Doğduğu Ülke

### 2. Çocuğunuz bugüne kadar hangi kurumlara gitti? (Birden fazla kurum belirtmek mümkündür)

- Kreş .....  Yuva/Çocuk gündüz bakım evi ...  Destekleyici yuva .....   
Gündüz Bakımı .....  Entegre çocuk gündüz bakım evi  Hiçbir kuruma .....

Çocuklar \_\_\_\_ yıl \_\_\_\_ aydır şu anki kuruma gitmektedir.

Çocuğun aile dışında ilk bakımını almaya başladığı yaş: \_\_\_\_ yıl \_\_\_\_ ay.

### 3. Çocuğunuz hangi bulaşıcı hastalıkları geçirdi?

- Su çiçeği .....  Kabakulak .....  Salmonella .....   
Kızıl .....  Kızamıkçık .....  Laym hastalığı .....   
Beşinci hastalık .....  Boğmaca .....  Beyin yangısı/Menenjit .....   
Kızamık .....  Hepatit B .....  Rotavirüs .....   
Diğer .....  Yanıt diğer ise, hangileri? \_\_\_\_\_ Geçirmedi ..

### 4. Son 12 ay içinde hangi akut hastalıklar ortaya çıktı?

- Bronşit .....  Mesane/İdrar yolları iltihabı .....  Krup atağı .....   
Boğaz/bademcik iltihabı .....  Akciğer iltihabı .....  Sara nöbeti .....   
Orta kulak iltihabı .....  Ateş nöbeti .....  Tekrarlayan enfeksiyonlar ...   
Mide-Bağırsak enfeksiyonu ....   
Diğer .....  Yanıt diğer ise, hangileri? \_\_\_\_\_ Çıkmadı ...

### 5. Çocuğunuzda doktor tarafından aşağıdaki rahatsızlıklardan herhangi biri teşhis edildi mi?

Lütfen varsa ilgili belgeleri de beraberinizde getiriniz!

- Alerji .....  Polip (adenoid) .....  Nöbet (epilepsi) .....   
Nörodermatit .....  Omurilik hastalıkları .....  Tümör / kanser .....   
Kronik bronşit .....  Tiroid hastalıkları .....  Romatizma .....   
Bronşiyal astım .....  Kalp yetmezliği/Kalp rahatsızlığı  Otizm .....   
Saman nezlesi .....  Şeker hastalığı .....  Konjenital rahatsızlıklar .....   
Gıda alerjisi .....  Kronik İdrar yolları enfeksiyonu ..  Fiziksel bozukluklar .....   
Alerjik cilt döküntüleri .....  Dikkat eksikliği sendromu .....  Ruhsal bozukluklar .....   
Diğer .....  Yanıt diğer ise, hangileri? \_\_\_\_\_ Edilmedi ..

### 6. Son 12 ay içinde çocuğunuzda şu semptomlar veya anormallikler görüldü mü?

- |                               |                          |  |                          |  |                          |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Görme bozukluğu .....         | <input type="checkbox"/> | Kurtların sebep olduğu hastalıklar ..... | <input type="checkbox"/> | Gıda hassasiyeti .....                       | <input type="checkbox"/> |                          |
| İşitme bozukluğu .....        | <input type="checkbox"/> | Aşırı kilo .....                         | <input type="checkbox"/> | Yerinde duramama/Hiperaktivite .....         | <input type="checkbox"/> |                          |
| Konuşma problemleri .....     | <input type="checkbox"/> | Düşük kilo .....                         | <input type="checkbox"/> | Saldırganlık .....                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| Gelişme gecikmesi .....       | <input type="checkbox"/> | Tekrarlayan baş ağrıları .....           | <input type="checkbox"/> | Uykuya dalma/uyuma bozukluğu .....           | <input type="checkbox"/> |                          |
| Konsantrasyon bozukluğu ..... | <input type="checkbox"/> | Tekrarlayan karın ağrıları .....         | <input type="checkbox"/> | Sık sık horlama (enfeksiyonsuz) .....        | <input type="checkbox"/> |                          |
| Yatağa işeme .....            | <input type="checkbox"/> | Tekrarlayan bacak ağrıları .....         | <input type="checkbox"/> | Ağızdan soluma/burundan soluma güçlüğü ..... | <input type="checkbox"/> |                          |
| Altına kaka yapma .....       | <input type="checkbox"/> | Ürkeklik .....                           | <input type="checkbox"/> | Belirgin gündüz yorgunluğu .....             | <input type="checkbox"/> |                          |
| Diğer .....                   | <input type="checkbox"/> | Yanıt diğer ise, hangileri? .....        |                          |  | Görülmedi .....          | <input type="checkbox"/> |

### 7. Son 12 ay içinde çocuğunuz hangi doktorlara veya terapistlere gitti?

- |                     |                          |                    |                          |                                   |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Çocuk doktoru ..... | <input type="checkbox"/> | Göz doktoru .....  | <input type="checkbox"/> | Alternatif tıp uzmanı .....       | <input type="checkbox"/> |                          |
| Aile doktoru .....  | <input type="checkbox"/> | KBB doktoru .....  | <input type="checkbox"/> | Çocuk ve genç psikiyatristi ..... | <input type="checkbox"/> |                          |
| Diş doktoru .....   | <input type="checkbox"/> | Cilt doktoru ..... | <input type="checkbox"/> | Psikolog .....                    | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ortodontist .....   | <input type="checkbox"/> | Ürolog .....       | <input type="checkbox"/> | Cerrah/Ortopedist .....           | <input type="checkbox"/> |                          |
| Diğer .....         | <input type="checkbox"/> | Hangileri? .....   |                          |                                   | Gitmedi .....            | <input type="checkbox"/> |

### 8. Çocuğunuzda bugüne kadar aşağıdaki tetkikler veya tedaviler gerçekleştirildi mi?

Daha ayrıntılı bilgi (ör. ayakta cerrahi müdahale: Polipler)

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| Gelişim tanısı .....                              | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rehabilitasyon veya sağlık merkezinde kalış ..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Alerji testi .....                                | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ayakta cerrahi müdahale .....                     | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hastanede yatarak tedavi .....                    | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tetik ve tedavi yapılmadı .....                   | <input type="checkbox"/> | _____ |

### 9. Bugüne kadar çocuğunuz hangi tedavileri gördü, ne tür destekler aldı?

- |                                 |                          |                                   |                          |                              |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Konuşma terapisi/logopedi ..... | <input type="checkbox"/> | Erken destek .....                | <input type="checkbox"/> | Terapötik pedagoji .....     | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ergoterapi .....                | <input type="checkbox"/> | KiTa'da konuşma desteği .....     | <input type="checkbox"/> | Psikoterapi .....            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Fizyoterapi .....               | <input type="checkbox"/> | Entegrasyon yardımı .....         | <input type="checkbox"/> | Aile yardımı .....           | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ortodonti tedavisi .....        | <input type="checkbox"/> | Eğitim danışmanlığı .....         | <input type="checkbox"/> | Psikolojik danışmanlık ..... | <input type="checkbox"/> |                          |
| Diğer .....                     | <input type="checkbox"/> | Yanıt diğer ise, hangileri? ..... |                          |                              | Almadı .....             | <input type="checkbox"/> |

### 10. Çocuğunuz hiç doktor tedavisi gerektiren bir kaza veya zehirlenme yaşadı mı?

- |                              |                          |                            |                          |                  |                          |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Evde kaza .....              | <input type="checkbox"/> | Yolda kaza .....           | <input type="checkbox"/> | Zehirlenme ..... | <input type="checkbox"/> |
| KiTa/Okul/Kulüpte kaza ..... | <input type="checkbox"/> | Başka bir yerde kaza ..... | <input type="checkbox"/> | Yaşamadı .....   | <input type="checkbox"/> |

### 11. Çocuğunuz son bir sene içinde ilaç aldı mı?

Hayır ...  Evet ...

Yanıt evet ise,                      Düzenli                      Gerektiğinde                      İlaç adı

- |                        |                          |                          |       |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Alerji .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Astım .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsi (nöbet) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hiperaktivite .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| diğer .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

### 12. Çocuğunuz hakkında paylaşmak istediğiniz başka hususlar var mı? \_\_\_\_\_

**13-22 numaralı soruların yanıtlanması isteğe bağlıdır!**

Bu sorular öncelikle ülke çapında sağlık takip sistemine yöneliktir. Hem okula giriş sağlık muayenesi hem de daha sonraki muayeneler veya görüşler bundan bağımsızdır.

Şüphe durumunda soruları yanıtlamadan bırakabilirsiniz. Bu elbette sizin veya çocuğunuz için herhangi bir dezavantaj oluşturmayacaktır.

**13. Çocuğunuz ne kadar süreyle emzirildi?**

- a. Emzirilmedi .....  1 aydan daha az .....  1 - 3 ay .....   
 4 - 6 ay .....  6 aydan fazla .....  Bilinmiyor .....
- b. Sadece  ay kadar emzirildi. Bilinmiyor .....

**14. Çocuk esas olarak kimin yanında yaşıyor? (Buraya lütfen sadece bir çarpı işareti koyun)**

- Doğal ebeveynlerinin yanında .....  Koruma evinde .....   
 Partneriyle yaşayan annenin yanında .....  Bakıcı aile/evlat edinen aile yanında .....   
 Tek ebeveyn olarak annenin yanında .....  Diğer aile fertlerinin yanında .....   
 Partneriyle yaşayan babanın yanında .....  Başka kişilerin yanında .....   
 Tek ebeveyn olarak babanın yanında .....

**15. Evinizde toplam kaç çocuk var? (Okula başlayacak çocuk dahil)**

- 1 çocuk...  2 çocuk...  3 çocuk...  4 çocuk...  4'ten fazla çocuk...  Kaç çocuk? \_\_\_\_\_

**16. Evinizde hangi diller konuşuluyor? (Birden fazla dil belirtmek mümkündür)**

- Almanca ..  Diğer  Hangileri? \_\_\_\_\_

**17. Hangi ülkede doğdunuz? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin)**

- Anne .....Almanya'da .....  Başka bir ülkede .....  Hangi ülkede? \_\_\_\_\_  
 Baba .....Almanya'da .....  Başka bir ülkede .....  Hangi ülkede? \_\_\_\_\_

**18. Hangi ülkenin vatandaşlığına sahipsiniz? (Lütfen çocuk ve her iki ebeveyn için belirtin!)**

- Çocuk ....Almanya ...  Diğer/ek vatandaşlık .....  Hangisi? \_\_\_\_\_  
 Anne ....Almanya ...  Diğer/ek vatandaşlık .....  Hangisi? \_\_\_\_\_  
 Baba ....Almanya ...  Diğer/ek vatandaşlık .....  Hangisi? \_\_\_\_\_

**19. Evinizde sigara içiliyor mu?**

- Asla...  Ara sıra...  Sık sık...

**20. Aldığınız en yüksek okul diploması hangisidir? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin!)**

- |  | Anne/Vasi                | Baba/Vasi                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| İlkokul .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orta okul .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teknik lise (Teknik Yüksek Okul) .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genel Lise (Abitur) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öğrenimi devam ediyor (Öğrenci) .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öğrenimini diploma almadan tamamladı ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Tamamladığınız meslek eğitiminiz var mı? Yanıt evet ise, hangileri?**  
(Sadece en son bitirdiğiniz okulu belirtiniz. Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin!)

	Anne/Vasi	Baba/Vasi
Stajyerlik (mesleki-kurum içi eğitim) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meslek okulu, Ticaret okulu (mesleki-kurum içi eğitim) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknik okul (ör. Usta-Tekniker okulu, Meslek akademisi veya Teknik akademi) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknik yüksek okul, Mühendislik okulu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üniversite, Yüksek okul .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halen daha mesleki eğitim görüyor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yok .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Sorular kimin tarafından yanıtlandı?**

Anne/Vasi .....	<input type="checkbox"/>	Büyükanne .....	<input type="checkbox"/>	Bakıcı anne .....	<input type="checkbox"/>	Çocuğun kardeşleri .....	<input type="checkbox"/>
Baba/Vasi .....	<input type="checkbox"/>	Büyükbaba .....	<input type="checkbox"/>	Bakıcı baba .....	<input type="checkbox"/>	Diğer .....	<input type="checkbox"/>