

## Опросный лист анамнеза



Указания по заполнению этого опросного листа

Заполните или отметьте крестиком ☒ нужное

Просим Вас указать приведенную ниже информацию для проведения полного медосмотра перед школой и предоставления квалифицированной консультации. Обработка данных основана, помимо прочего, на ст. 12 абз. 1 GDG, § 6 абз. 1 п. 1 Директивы о гигиене в школе (SchulgespflV). Дополнительные сведения об обработке данных приведены в информации о защите данных, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| Фамилия ребенка                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Имя ребенка         | Дата рождения           |
| Число братьев и сестер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Гражданство ребенка | Страна рождения ребенка |
| Фамилия и адрес опекуна<br>Фамилия Имя..... Фамилия Имя.....<br>№ телефона ..... № телефона.....<br>Адрес .....                                                                                                                                                                                                                                |                     |                         |
| <b>детский сад</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                         |
| Продолжительность посещения яслей/детского сада/сада (в годах): _____                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                         |
| Посещает ли ваш ребенок в настоящее время детский сад? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет                                                                                                                                                                                                                                |                     |                         |
| Тип детского сада:<br><input type="checkbox"/> Обычный детский сад (в т. ч. лесной, Монтессори или др.) <input type="checkbox"/> Центр подготовки к школе (SVE)<br><input type="checkbox"/> Дневной центр лечебной педагогики (НПТ) <input type="checkbox"/> Интеграционный центр<br><input type="checkbox"/> Другой (какой именно?) _____     |                     |                         |
| <b>Беременность и течение родов (данные в желтой медкарте)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                         |
| Вес при рождении:  _ _ _ _  грамм полные недели беременности:  _ _  нед. <input type="checkbox"/> многоплодные роды                                                                                                                                                                                                                            |                     |                         |
| <b>Развитие</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                         |
| Дефекты речи при развитии <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                         |
| Ребенок растет, разговаривая на нескольких языках <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                         |
| Взаимодействие с немецким языком <input type="checkbox"/> с рождения <input type="checkbox"/> не с рождения                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                         |
| Если взаимодействие с немецким языком началось не с рождения, то с какого возраста?  _ _ _ _  лет мес.                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                         |
| Родной язык родителей (просьба указать для обоих родителей)<br><input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой (какой?): _____<br><input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой (какой?): _____                                                                                                          |                     |                         |
| На каких языках говорят у Вас дома?<br><input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> другой (какой?): _____                                                                                                                                                                                                                       |                     |                         |
| Ваш ребенок <input type="checkbox"/> правша <input type="checkbox"/> левша <input type="checkbox"/> еще непонятно                                                                                                                                                                                                                              |                     |                         |
| Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть сложности в одной или нескольких следующих областях: настроение (подавленный, боязливый, нерешительный, вспыльчивый), концентрация (не может долго сидеть тихо, не слушает долго при чтении вслух), поведение, взаимодействие с другими?<br><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |                     |                         |

| Меры стимулирования или лечение                                                                                                                                                                     |                                |                                 |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| прохождение вводного курса немецкого языка <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> Запланировано                                                          |                                |                                 |                                         |
| Логотерапия (логопедия)                                                                                                                                                                             |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> Запланировано <input type="checkbox"/> Список ожидания |                                |                                 |                                         |
| Коррекционная педагогика                                                                                                                                                                            |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> Запланировано <input type="checkbox"/> Список ожидания |                                |                                 |                                         |
| Эрготерапия                                                                                                                                                                                         |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> Запланировано <input type="checkbox"/> Список ожидания |                                |                                 |                                         |
| Программа раннего развития детей                                                                                                                                                                    |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> Запланировано <input type="checkbox"/> Список ожидания |                                |                                 |                                         |
| Физиотерапия                                                                                                                                                                                        |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> завершена <input type="checkbox"/> проводится в данный момент <input type="checkbox"/> Запланировано <input type="checkbox"/> Список ожидания |                                |                                 |                                         |
| Данные о перенесенных заболеваниях или ограничениях по состоянию здоровья                                                                                                                           |                                |                                 |                                         |
| Ваш ребенок уже обследовался у окулиста? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</span>                                                                |                                |                                 |                                         |
| <i>Если да:</i> При этом было выявлено или инициировано следующее:                                                                                                                                  |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> Показатели в норме <input type="checkbox"/> прописаны очки                                                                                                                 |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> близорукость (миопия) <input type="checkbox"/> дальнозоркость (гиперопия) <input type="checkbox"/> косоглазие                                                              |                                |                                 |                                         |
| Вы водили своего ребенка в последние 12 месяцев к стоматологу? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</span>                                          |                                |                                 |                                         |
| Постоянное нарушение слуха <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</span>                                                                              |                                |                                 |                                         |
| <i>Если да, ответьте на следующие вопросы:</i>                                                                                                                                                      |                                |                                 |                                         |
| Врожденное нарушение слуха                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> слева | <input type="checkbox"/> справа | <input type="checkbox"/> с обеих сторон |
| Приобретённое нарушение слуха                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> слева | <input type="checkbox"/> справа | <input type="checkbox"/> с обеих сторон |
| Установлен слуховой аппарат                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> слева | <input type="checkbox"/> справа | <input type="checkbox"/> с обеих сторон |
| Установлен кохлеарный имплантат                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> слева | <input type="checkbox"/> справа | <input type="checkbox"/> с обеих сторон |
| Врождённые заболевания (только отклонения, диагностированные врачом): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</span>                                   |                                |                                 |                                         |
| <i>Если да, какие:</i>                                                                                                                                                                              |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> дефицит MCAD <input type="checkbox"/> гипотериоз (врожденный)                                                                                                              |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> ФКУ <input type="checkbox"/> АГС <input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> сахарный диабет (тип 1)                                                    |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная болезнь <input type="checkbox"/> Спинальная мышечная атрофия (СМА)                                                                                    |                                |                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> Иное: .....                                                                                                                                                                |                                |                                 |                                         |
| Возраст при постановке диагноза:  __   __   __  (лет/месяцев)                                                                                                                                       |                                |                                 |                                         |
| Прочие хронические заболевания: <input type="checkbox"/> да (какие?): ..... <input type="checkbox"/> нет                                                                                            |                                |                                 |                                         |
| Тяжелая форма инвалидности: <input type="checkbox"/> да (какая?): ..... <input type="checkbox"/> нет                                                                                                |                                |                                 |                                         |
| Регулярно принимаемые медикаменты: <input type="checkbox"/> да (какие?): ..... <input type="checkbox"/> нет                                                                                         |                                |                                 |                                         |
| Вам известно о заболеваниях Вашего ребенка, которые требуют определенных действий в экстренной ситуации                                                                                             |                                |                                 |                                         |
| (например, аллергии, эпилепсия и т. д.)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</span>                                                                |                                |                                 |                                         |
| <i>Если да, о каких?</i> .....                                                                                                                                                                      |                                |                                 |                                         |

| Есть ли в семье (у родителей, братьев, сестер) |                             |                              |
|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ нарушение чтения и письма (дислексия)        | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| ▶ нарушение счета (дискалькулия)               | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

Дата заполнения: .....

### Сведения, указываемые опекуном добровольно

Указание следующей информации является **добровольным**. Однако Ваши данные важны для профилактических мер. Дополнительные сведения об обработке данных приведены в **информации о защите данных**, которую Вы получили вместе с приглашением на медосмотр перед школой.

Ваши ответы будут переданы LGL в анонимной форме. Если Вы отзовете согласие на передачу данных в LGL путем уведомления ответственного за Вас департамента здравоохранения, то эти данные не будут переданы в LGL. Если Вы отзовете согласие после передачи данных в LGL, то возможна ситуация, при которой Ваши данные уже будут сопоставлены с другими данными и анонимно проанализированы. В этом случае отзыв больше невозможен.

#### Заявление о согласии:

Как опекун(-ы)

Имя и фамилия ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

я соглашаюсь / мы соглашаемся ответить на следующие вопросы.

Мне/нам известно, что участие является добровольным и что от него можно отказаться, и что я могу / мы можем не давать или отозвать согласие без каких-либо неблагоприятных правовых последствий.

Место, дата \_\_\_\_\_ подпись опекуна(-ов) \_\_\_\_\_

Число взрослых в домохозяйстве ☐

В какой стране Вы родились? (Укажите для обоих родителей.)

Родитель 1 ☐ В Германии ☐ В другой стране

Родитель 2 ☐ В Германии ☐ В другой стране

Какое гражданство у Вас есть? (Укажите для обоих родителей.)

Родитель 1 ☐ Немецкое ☐ Немецкое и другое ☐ Другое

Родитель 2 ☐ Немецкое ☐ Немецкое и другое ☐ Другое

Какое наивысшее учебное заведение Вы закончили?  
(Укажите для обоих родителей.)

Родитель 1 Родитель 2

(Еще) нет законченного образования ☐ ☐

Основная школа / народная школа / средняя школа / квалифицированное общее образование ☐ ☐

Среднее общее образование ☐ ☐

Полное / профессиональное среднее образование ☐ ☐

Высшее образование ☐ ☐

Какие из следующих данных являются для Вас верными (укажите для обоих родителей).

Полная занятость с рабочим временем 35 и более часов в неделю ☐ ☐

Частичная занятость с рабочим временем от 15 до 34 часов в неделю ☐ ☐

Частичная или почасовая занятость с рабочим временем менее 15 часов в неделю ☐ ☐

Временный отпуск, например отпуск по уходу за ребенком ☐ ☐

Обучение в вузе / на производстве / профессиональная переподготовка ☐ ☐

В данный момент не работаю и не ищу работу (например, домохозяйки/домохозяева, студенты, пенсионеры) ☐ ☐

В данный момент не работаю и ищу работу (безработный/безработная) ☐ ☐