

Указания по заполнению этой анкеты:

Заполните или отметьте крестиком соответствующее

Ответы на все или на отдельные вопросы - добровольное дело!



Фамилия ребенка	Имя	Родился	Гражданство	Количество братьев и сестер
Родной язык (мать)	Родной язык (отец)	Количество взрослых в семье	Ясли / дневная группа / детский сад	<input type="text"/> Возраст
Имя и адрес лица, имеющего право опеки				
Фамилия (фамилии)..... Имя (имена)..... Индекс, населенный пункт.....				
Улица..... Тел.				
Беременность и роды				
Вес при рождении: _ _ _ _ грамм полных недель беременности: _ _ _ недель беременности				
<input type="checkbox"/> Рождение близнецов				
Развитие				
У ребенка <u>когда-либо</u> определялись задержки в развитии?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Самостоятельно пошел до 18 месяцев		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Первые слова (например, «мама», «папа», «машина») до 18 месяцев		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Особенности развития речи		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Ребенок растет многоязычным		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
На каких языках говорят у Вас дома?				
<input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> Другой язык/другие языки (пожалуйста, укажите): _____				
Общение на немецком языке		<input type="checkbox"/> с момента рождения	<input type="checkbox"/> не с момента рождения	
Если общение на немецком языке происходит не с момента рождения, то с какого возраста?				
_ _ лет _ _ _ месяцев				
Является ли Ваш ребенок		<input type="checkbox"/> правой	<input type="checkbox"/> левой	<input type="checkbox"/> еще не определен
У Вашего ребенка есть (были) следующие болезни или ограничения по здоровью?				
Вашего ребенка ранее осматривал глазной врач?		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
<i>Если да, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:</i>				
▶ Ему капали капли для расширения зрачка?		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
▶ Было обнаружено нарушение зрения?		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
↳ <i>Если да, какое лечение проводилось?</i>				
▶ Очки		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
▶ Заклеивание/тренировка одного глаза		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
▶ Операция в связи с косоглазием		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> запланировано
Врожденное тяжелое нарушение слуха		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	
<i>Если да, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:</i>				
Врожденное нарушение слуха		<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон
Имеет слуховой аппарат		<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон
Имеет кохлеарный имплантат		<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> с обеих сторон

На обороте

Врожденные нарушения обмена веществ / гормональные нарушения: нет да

Если да, какие? Дефицит MCAD Гипотиреоз Фенилкетонурия Адреногенитальный синдром Муковисцидоз Сахарный диабет (тип 1) Сахарный диабет (тип 2)

Прочее :

Возраст на момент проведения диагностики : |__| |__|__|
лет месяцев

Прочие хронические заболевания: нет да (какие?):

Тяжелая инвалидность: нет да (какая?):

Регулярный прием медикаментов: нет да (каких?):

Вам известны заболевания Вашего ребенка, которые требуют особых действий в неотложных ситуациях (например, аллергия, эпилепсия и пр.)? нет да

Если да, какие?

Детский врач / домашний врач:

Ваш ребенок участвовал когда-либо в следующих мерах для развития или в лечении?

Участие в подготовительном курсе немецкого языка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> запланировано
Лечебная гимнастика	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> закончил	<input type="checkbox"/> участвует в настоящее время <input type="checkbox"/> запланировано
Эрготерапия	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> закончил	<input type="checkbox"/> участвует в настоящее время <input type="checkbox"/> запланировано
Раннее развитие	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> закончил	<input type="checkbox"/> участвует в настоящее время <input type="checkbox"/> запланировано
Лечебная педагогика	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> закончил	<input type="checkbox"/> участвует в настоящее время <input type="checkbox"/> запланировано
Речевая терапия (логопед)	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> закончил	<input type="checkbox"/> участвует в настоящее время <input type="checkbox"/> запланировано

Как часто Вы с Вашим ребенком посещаете зубного врача? как минимум, раз в год для контроля

реже, чем раз в год для контроля

только когда у него есть жалобы

мой ребенок еще ни разу не был у зубного врача

Вы могли бы сказать, что у Вашего ребенка, в общем, есть трудности в одной или нескольких следующих сферах: настроение (угнетенный, боязливый, непостоянный, вспыльчивый), концентрация (не может подолгу сидеть спокойно, при чтении не может долго слушать), поведение, обращение с другими?

нет да

Есть ли в семье (у родителей, братьев и сестер)

▶ проблемы с чтением и правописанием (легастения)?	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
▶ трудности с арифметикой (дискалькулия)	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
▶ косоглазие	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
▶ сильная дальнозоркость (>3 диоптрий), астигматизм >3 диоптрий, близорукость >10 диоптрий	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да

Дата заполнения: