

Указания по заполнению анкеты:

Нужное заполнить или отметить  Ответы на все или отдельные вопросы даются в добровольном порядке!

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Гражданство	Кол-во братьев/сестер
Родной язык (мать)	Родной язык (отец)	Кол-во взрослых в семье	Посещение яслей/дневных яслей/детского сада [ ] года	
Фамилия и адрес воспитывающего ..... Фамилия..... Имя..... Почтовый индекс, город..... ..... ул./№ дома ..... Тел.....				
<b>Течение беременности и родов</b>				
Вес при рождении:  _ _ _ _  гр. Полный срок беременности в неделях:  _ _  нед. <input type="checkbox"/> Рождение нескольких близнецов				
<b>Развитие</b>				
Была ли у Вашего ребенка <u>когда-либо</u> выявлена задержка в развитии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Речевые особенности в развитии <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Самостоятельная ходьба до 18 мес. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Первые слова (напр., «мама», «папа») до 18 мес. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Ребенок растет в многоязычной семье <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
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				
<b>Было или имеется ли у Вашего ребенка одно из следующих заболеваний либо какие-то ограничения по здоровью?</b>				
Нарушения зрения <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Лечение косоглазия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Очки <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Серьезные нарушения слуха? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы: <input type="checkbox"/> врожденное серьезное нарушение слуха <input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> приобретенное сохраняющееся нарушение слуха <input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> слуховой аппарат с слева .....месяц/год справа ..... месяц/год <input type="checkbox"/> имплантант Cochlea с слева .....месяц/год справа.....месяц/год				
Врожденные нарушения обмена веществ/гормональные нарушения: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?): <input type="checkbox"/> Дефицит MCAD <input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Фенилкетонурия <input type="checkbox"/> Адреногенитальный синдром <input type="checkbox"/> Муковисцидоз <input type="checkbox"/> Сахарный диабет (тип 1) <input type="checkbox"/> Сахарный диабет (тип 2)				
Прочие хронические заболевания: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Тяжелая форма инвалидности: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Регулярно применяемые медикаменты: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):.....				
Известны ли Вам какие-либо заболевания Вашего ребенка, которые в экстренных случаях требуют принятия особых мер (например, аллергические реакции, эпилепсия и т. д.)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то какие? .....				
<b>Участвовал ли Ваш ребенок когда-нибудь в развивающих мероприятиях или проходил курсы лечения?</b>				
Участие в подготовительном курсе немецкого языка <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Логотерапия (логопедия) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано				
Поддержка раннего развития/ лечебная педагогика/эрготерапия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано				
Лечебная физкультура <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано				

Детский врач/домашний врач: .....

.....

Место, дата

.....

Подпись воспитывающего