

Фамилия ребенка		Имя	Дата рождения	Гражданство	Кол-во братьев/сестер
Родной язык (мать/отец)	Родной язык (отец/мать)	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"/> правойшей <input type="checkbox"/> левойшей <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 <input type="checkbox"/> Запланировано					
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  Нет  Пройдено  Идет по сей день  Запланировано

Детский врач/домашний врач: .....

.....  
Место, дата

.....  
Подпись воспитывающего