

Formulář zdravotní anamnézy

Pokyny pro vyplnění tohoto formuláře:

Dle potřeby prosím vyplňte nebo zaškrtněte

Žádáme Vás o poskytnutí následujících informací, abychom mohli dokončit vstupní školní lékařskou prohlídku a poskytnout Vám kvalifikované poradenství. Zpracování údajů se zakládá mimo jiné na čl. 12 odst. 1 GDG, § 6 odst. 1 č. 1 nařízení o školské zdravotní péči (SchulgespfIV). Další informace o zpracování údajů naleznete v informacích o ochraně osobních údajů, které jste obdrželi spolu s pozvánkou ke vstupní školní lékařské prohlídce.

Příjmení dítěte	Křestní jméno dítěte	Datum narození
Počet sourozenců	Státní příslušnost dítěte	Země narození dítěte
Jméno a adresa zákonného zástupce		
Příjmení, jméno:		
Telefonní číslo:		
Adresa:.....		
Mateřská škola		
Délka docházky do jeslí / mateřské školy (v letech): _____		
Navštěvuje Vaše dítě v současné době mateřskou školu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Typ mateřské školy:		
<input type="checkbox"/> běžná mateřská škola (včetně lesní školky, Montessori atd.) <input type="checkbox"/> přípravná třída základní školy (SVE)		
<input type="checkbox"/> léčebné vzdělávací centrum pro děti (HPT) <input type="checkbox"/> integrační centrum/školka		
<input type="checkbox"/> jiné zařízení (jaké?): _____		
Těhotenství a průběh porodu (informace ve žluté knížce s lékařskými záznamy)		
Porodní hmotnost: I__I__I__I__I gramů Ukončené týdny těhotenství: I__I__I TT <input type="checkbox"/> Vícečetný porod		
Vývoj		
Vývojové poruchy řeči <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Dítě vyrůstá ve vícejazyčném prostředí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Kontakt s německým jazykem <input type="checkbox"/> od narození <input type="checkbox"/> nikoliv od narození		
Pokud nebyl kontakt s německým jazykem od narození, od jakého věku? I__I roků I__I__I měsíců		
Mateřský jazyk rodičů? (Uveďte prosím informace za oba rodiče)		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
Jakými jazyky se u Vás doma mluví?		
<input type="checkbox"/> němčina <input type="checkbox"/> jiný jazyk (jaký?): _____		
Je Vaše dítě <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> dosud nerozhodnuto		
Řekli byste, že Vaše dítě má celkově potíže v jedné nebo více z následujících oblastí? Nálada (deprese, úzkost, labilita, vznětlivost), soustředění (nevydrží dlouho sedět v klidu, při hlasitém čtení nevydrží poslouchat), chování, interakce s ostatními?		
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Podpůrná opatření nebo terapie				
Účast na přípravném kurzu němčiny	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> plánována
Jazyková terapie (logopedie)	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> dokončena	<input type="checkbox"/> aktuálně stále probíhá	<input type="checkbox"/> plánována
Informace o předchozích onemocněních nebo zdravotních omezeních				
Bylo Vaše dítě někdy vyšetřeno očním lékařem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano: Bylo zjištěno nebo stanoveno následující:</i>				
<input type="checkbox"/> obvyklé nálezy	<input type="checkbox"/> byly předepsány brýle			
<input type="checkbox"/> krátkozrakost (myopie)	<input type="checkbox"/> dalekozrakost (hyperopie)	<input type="checkbox"/> šilhání		
Navštívili jste se svým dítětem v posledních 12 měsících zubaře?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Vrozené těžké sluchové postižení	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, odpovězte prosím na následující otázky:</i>				
Vrozené sluchové postižení	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Nosí naslouchátko	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Má kochleární implantát od	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo	<input type="checkbox"/> na obou stranách	
Metabolické/hormonální poruchy (pouze lékařsky diagnostikované nálezy)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, jaké:</i>				
<input type="checkbox"/> deficit MCAD	<input type="checkbox"/> hypotyreóza (vrozená)			
<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> mukoviscidóza	<input type="checkbox"/> cukrovka (typu 1)	
<input type="checkbox"/> jiné:				
<i>Věk v době diagnózy: __ __ __ (roků/měsíců)</i>				
Jiná chronická onemocnění:	<input type="checkbox"/> ano (<i>jaká?</i>):	<input type="checkbox"/> ne		
Těžké zdravotní postižení:	<input type="checkbox"/> ano (<i>jaké?</i>):	<input type="checkbox"/> ne		
Pravidelné užívání léků:	<input type="checkbox"/> ano (<i>jaké?</i>):	<input type="checkbox"/> ne		
Jste si vědomi nějakých onemocnění Vašeho dítěte, která vyžadují určité postupy v nouzových situacích (např. alergie, epilepsie atd.)?				
	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
<i>Pokud ano, jaké?</i>				
Vyskytuje se v rodině (rodiče, sourozenci)				
▶porucha čtení a pravopisu (dyslexie)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
▶porucha počítání (dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		

Vyplněno dne:

Dobrovolně poskytnuté informace od zákonných zástupců

Poskytnutí následujících informací je **dobrovolné**. Vámi poskytnuté informace jsou však důležité pro další vypracování preventivních opatření. Další informace o zpracování údajů naleznete v **informacích o ochraně osobních údajů**, které jste obdrželi spolu s pozvánkou ke vstupní školní lékařské prohlídce.

Vaše odpovědi budou v anonymizované podobě zaslány do LGL. Pokud svůj souhlas před předáním údajů do LGL odvoláte oznámením příslušnému zdravotnickému zařízení, nebudou tyto údaje do LGL předány. Pokud svůj souhlas odvoláte po jeho odeslání do LGL, je možné, že vaše údaje již byly sloučeny s jinými údaji a analyzovány anonymně, a proto již odvolání nelze provést.

Informovaný souhlas:

Jako zákonný zástupce

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

souhlasím s odpověďmi na následující otázky.

Jsem si vědom/a, že zapojení je dobrovolné a může být odvoláno, a že mohu odmítnout nebo odvolat souhlas, aniž by tím utrpěl/a jakoukoli právní újmu.

_____ Místo, datum

_____ Podpis zákonného zástupce

Počet dospělých osob v domácnosti

Ve které zemi jste se narodili? (Uveďte prosím informace za oba rodiče.)

v Německu

v jiné zemi

v Německu

v jiné zemi

Jaké jste národnosti? (Uveďte prosím informace za oba rodiče.)

německá

německá + jiná

jiná

německá

německá + jiná

jiná

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (Uveďte prosím informace za oba rodiče.)

nedokončené studium (zatím)

ukončené základní/středoškolské vzdělání (výuční list)

středoškolské vzdělání s maturitou (všeobecné)

diplomovaný specialista / bakalářský titul

vysokoškolské vzdělání

Které z následujících informací o zaměstnání se Vás týkají (uveďte prosím informace za oba rodiče)?

výdělečně činný zaměstnanec na plný úvazek s týdenní pracovní dobou 35 hodin nebo více

zaměstnanec na částečný úvazek s týdenní pracovní dobou 15 až 34 hodin

zaměstnanec na částečný nebo hodinový úvazek s týdenní pracovní dobou kratší než 15 hodin

dočasné pracovní volno, např. rodičovská dovolená

stážista / učeň / praktikant / rekvalifikant

v současné době nemá zaměstnání a nehledá práci (např. žena v domácnosti, student, důchodce)

v současné době nemá zaměstnání a hledá si práci (nezaměstnaný)