

## التاريخ المرضي

إرشادات بخصوص ملء الاستمارة:

يُرجى ملء ما ينطبق، أو وضع علامة أمامه

نرجو ذكر المعلومات التالية؛ حتى تتمكن من إجراء فحص القبول بالمدسة بشكل كامل ونقدم لك المشورة المؤهلة. معالجة البيانات تعتمد على جملة أمور؛ من بينها المادة 12، الفقرة 1 من قانون الخدمات الصحية (GDG)، والمادة رقم 6، الفقرة 1، البند رقم 1 من قانون الرعاية الصحية المدرسية (SchulgespflV). يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقيتها، مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدسة.

لقب عائلة الطفل	الاسم الأول للطفل	تاريخ الميلاد
عدد الأشقاء	جنسية الطفل	بلد ميلاد الطفل
اسم، و عنوان ولي الأمر		
الاسم الاسم الأول..... الاسم الاسم الأول.....		
رقم الهاتف..... رقم الهاتف.....		
لعنوان.....		
مدة الالتحاق بالحضانة/دار الرعاية النهارية/روضة الأطفال (بالسنوات) _____		
هل يذهب طفلك حالياً إلى روضة أطفال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
نوع روضة الأطفال:		
<input type="checkbox"/> رياض أطفال اعتيادية (بما فيها روضة الأطفال في الغابات، مونتيسوري، وغيرها) <input type="checkbox"/> مؤسسة إعداد الأطفال للمدرسة (SVE)		
<input type="checkbox"/> مركز رعاية نهارية لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (HPT) <input type="checkbox"/> مكان الاندماج/روضة أطفال الاندماج		
<input type="checkbox"/> أخرى (ما هي؟) _____		
الحمل، وسير الولادة (ستجد المعلومات في الكتيب الأصفر)		
الوزن عند الميلاد: _____	إجراء تم إكمال _____	من أسابيع الحمل: _____ / أسبوع الحمل <input type="checkbox"/> ولادة متعددة
النمو		
مشاكل النطق أثناء النمو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ينمو الطفل في بيئة متعددة اللغات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة	<input type="checkbox"/> ليس منذ الولادة	
إذا لم يكن التواصل باللغة الألمانية منذ الولادة؛ ففي أي عمر بدأ التواصل بها؟	_____ سنوات _____ أشهر	
اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟	<input type="checkbox"/> الألمانية <input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____	
اللغة الأم للوالدين (يرجى ذكرها لكلا الوالدين)؟	<input type="checkbox"/> الألمانية <input type="checkbox"/> غير ذلك (ما هي؟): _____	
ما اللغات التي تتحدثونها بالمنزل؟	<input type="checkbox"/> الألمانية <input type="checkbox"/> لغة (لغات) أخرى _____	
هل يستخدم طفلك	<input type="checkbox"/> يده اليمنى، <input type="checkbox"/> أم يده اليسرى، <input type="checkbox"/> أم لم يتحدد ذلك بعد	
بشكل عام، هل تعتقد أن طفلك يعاني من صعوبة في مجال أو أكثر من المجالات التالية: الحالة المزاجية (الاكتئاب، أو القلق، أو عدم الاستقرار، أو الغضب)، أو التركيز (لا يستطيع الجلوس لفترة طويلة، أو لا يستمع بحرص عند القراءة)، أو السلوك، أو التفاعل مع الآخرين؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

تدابير الدعم، أو العلاجات	
المشاركة في الدورة التمهيدية للغة الألمانية العلاج اللغوي (علاج النطق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مخطط لها <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أكمله <input type="checkbox"/> لا يزال يجري حاليًا <input type="checkbox"/> مخطط له <input type="checkbox"/>
معلومات عن الأمراض السابقة، أو القيود الصحية	
هل خضع طفلك للفحص لدى طبيب عيون؟ في حالة الإجابة بنعم: تم تحديد ما يلي، أو بدء ما يلي:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نتائج الفحص غير ملفتة <input type="checkbox"/> التوصية بارتداء نظارات <input type="checkbox"/> قصر النظر (حسر البصر) <input type="checkbox"/> طول النظر (مد البصر) <input type="checkbox"/> الحول <input type="checkbox"/>
هل اصطحبت طفلك في آخر 12 شهرًا لزيارة طبيب الأسنان؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ضعف السمع الخلقي الشديد في حالة الإجابة بنعم؛ يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ضعف السمع الخلقي <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين <input type="checkbox"/> استخدام سماعة أذن <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين <input type="checkbox"/> لديه قوقعة صناعية مزروعة <input type="checkbox"/> بالجانب الأيسر <input type="checkbox"/> بالجانب الأيمن <input type="checkbox"/> بكلا الجانبين <input type="checkbox"/>
الاضطرابات الأيضية/الهرمونية (نتائج الفحوصات التي شخّصها طبيب فحسب) في حالة الإجابة بنعم، فما هي؟ MCAD نقص إنزيم PKU بيلة الفينيل كيتون مرض السكري (من النوع الأول) غير ذلك: .....	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نقص إنزيم MCAD <input type="checkbox"/> قصور الغدة الدرقية (الخلقي) <input type="checkbox"/> بيلة الفينيل كيتون (PKU) <input type="checkbox"/> متلازمة إيكاردي-غوتبير (AGS) <input type="checkbox"/> التليف الكيسي <input type="checkbox"/> مرض السكري (من النوع الأول) <input type="checkbox"/> غير ذلك: .....
العمر عند التشخيص: ( )	..... سنوات / شهر
أمراض مزمنة أخرى: نعم (ما هي؟): .....	لا <input type="checkbox"/>
إعاقة شديدة: نعم (ما هي؟): .....	لا <input type="checkbox"/>
الأدوية التي يجب تناولها بانتظام: نعم (ما هي؟): .....	لا <input type="checkbox"/>
هل أنت على دراية بأمراض طفلك التي تتطلب إجراءات معينة في حالات الطوارئ (مثل الحساسية والصرع، وما إلى ذلك)؟ في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟ .....	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا المرض موجود في العائلة (الوالدين، الأشقاء)	
ضعف في القراءة والإملاء (عسر القراءة)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ضعف في الحساب (عسر الحساب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

تاريخ الملء: .....

## بيانات اختيارية لأولياء الأمور

ذكر المعلومات التالية اختياري. ومع ذلك، فإن بياناتك مهمة لمواصل تطوير التدابير الوقائية. يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول معالجة البيانات في معلومات حماية البيانات التي تلقيتها مع الدعوة لحضور فحص القبول بالمدرسة. سيتم إرسال إجاباتك إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية (LGL) مجهولة الهوية. إذا قمت بإلغاء موافقتك عن طريق إبلاغ مكتب الصحة المختص قبل إحالتها إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية ((LGL)؛ فلن يتم نقل هذه البيانات إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية (LGL). إذا قمت بإلغاء موافقتك بعد إرسالها إلى قسم الصحة والسلامة الغذائية ((LGL)، فمن الممكن أن تكون بياناتك قد دُمجت بالفعل مع بيانات أخرى وجرى تقييمها بشكل مجهول الهوية، وبالتالي لن يعود من الممكن تنفيذ الإلغاء.

الموافقة المستنيرة:

بوصفي ولي أمر

الاسم الأول، ولقب عائلة الطفل:

تاريخ الميلاد:

أوافق/نوافق على الإجابات على الأسئلة التالية. وأدرك/ندرك أن المشاركة تطوعية، ويمكن إلغاؤها، وأنه يمكنني/يمكننا رفض أو إلغاء الموافقة دون التعرض لأي ضرر قانوني.

توقيع ولي الأمر

المكان والتاريخ

عدد البالغين في المنزل

في أي بلد وُلدت؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

في ألمانيا  في بلد آخر

في ألمانيا  في بلد آخر

ما جنسيتك؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

الألمانية  الألمانية + غير جنسية أخرى  غير ذلك

الألمانية  الألمانية + غير جنسية أخرى  غير ذلك

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟ (يرجى ذكر جنسية كلا الوالدين).

ليس لدي مؤهل دراسي (بعد)

المدرسة الثانوية / المدرسة الابتدائية / شهادة الدراسة المتوسطة / التأهيل

شهادة المدرسة الثانوية التخصصية (الشهادة المتوسطة)

شهادة الثانوية العامة / المتخصصة

شهادة جامعية/ شهادة كلية

أي من المعلومات التالية المتعلقة بالتوظيف تنطبق عليك (يرجى ذكر البيانات الخاصة بكلا الوالدين).

أعمل بدوام كامل مع ساعات عمل أسبوعية تبلغ 35 ساعة أو أكثر

أعمل بدوام جزئي مع ساعات عمل أسبوعية تتراوح بين 15 إلى 34 ساعة

أعمل بدوام جزئي أو بالساعة مع ساعات عمل أسبوعية تقل عن 15 ساعة

إجازة مؤقتة؛ مثل إجازة الأبوة

متدرب / متدربة / قيد التدريب المهني / قيد إعادة التدريب

لا أعمل حاليًا ولا أبحث عن عمل (مثل ربة منزل/رب منزل، أو طالب أو متقاعد)

لا أعمل حاليًا وأبحث عن عمل (عاطل)