

Ankieta dla rodziców odnośnie badania bilansowego dziecka przed pójściem do szkoły

Odpowiedzi na pytania 1-12 są potrzebne lekarzowi szkolnemu / lekarce szkolnej w celu dokonania oceny medycznej zgodnie z § 11 Regulaminu szkolnego dla publicznych szkół podstawowych w Rheinland-Pfalz [Nadrenia-Palatynat]. Niniejsze informacje stanowią podstawę do przeprowadzenia wspólnej rozmowy oraz określenia aktualnego stopnia rozwoju dziecka. W każdym razie prosi się o udzielenie odpowiedzi na niniejsze pytania. Niejasności co do poszczególnych pytań mogą zostać wyjaśnione podczas rozmowy.



Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAPHIE

1. Dane dotyczące rodziny

Wypełnione dnia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	

	Dziecko	Matka	Ojciec
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		
Płeć	Mężczyzna... <input type="checkbox"/> Kobieta... <input type="checkbox"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kraj urodzenia dziecka	<input type="text"/>
	dzień miesiąc rok		

2. Do jakich placówek uczęszczało do tej pory Państwa dziecko? (możliwe wskazanie wielu odpowiedzi)

Żłobek Przedszkole / placówka dziennej opieki nad dziećmi .. Specjalne przedszkole ..
Opieka dzienna .. Integracyjna placówka dziennej opieki nad dziećmi... **Żadna placówka**

Dziecko uczęszcza od ____ lat i ____ miesięcy do aktualnej placówki.

Wiek dziecka w chwili rozpoczęcia pierwszej opieki poza rodziną: ____ lata ____ miesiące.

3. Jakie choroby zakaźne przechodziło już Państwa dziecko?

Ospa wietrzna <input type="checkbox"/>	Świnka <input type="checkbox"/>	Salmonella <input type="checkbox"/>
Szkarlatyna <input type="checkbox"/>	Różyczka <input type="checkbox"/>	Borelioza <input type="checkbox"/>
Rumień zakaźny <input type="checkbox"/>	Krzusiec <input type="checkbox"/>	Zapalenie mózgowo/ opon mózgowych..... <input type="checkbox"/>
Odra <input type="checkbox"/>	Wirusowe zapalenie wątroby typu B <input type="checkbox"/>	Rotawirusy <input type="checkbox"/>
Inne <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, jakie? _____ Żadne... <input type="checkbox"/>	

4. Jakie ostre choroby wystąpiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/>	Zapalenie pęcherza / dróg moczowych..... <input type="checkbox"/>	Atak podgłośniowego zapalenia krtani..... <input type="checkbox"/>
Zapalenie gardła / migdałków . <input type="checkbox"/>	Zapalenie płuc..... <input type="checkbox"/>	Napad padaczkowy <input type="checkbox"/>
Zapalenie ucha środkowego ... <input type="checkbox"/>	Drgawki gorączkowe..... <input type="checkbox"/>	Częste infekcje..... <input type="checkbox"/>
Infekcja jelitowo-żołądkowa .. <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/> Jeśli tak, jakie? _____ Żadne... <input type="checkbox"/>	

5. Czy u Państwa dziecka zostały kiedykolwiek zdiagnozowane przez lekarza następujące uszczerbki na zdrowiu? Prosimy o przyniesienie ze sobą ewentualnie odpowiednich dokumentów!

Alergie <input type="checkbox"/>	Polipy (migdałki gardłowe) <input type="checkbox"/>	Napady drgawek (epilepsja) <input type="checkbox"/>
Atopowe zapalenie skóry <input type="checkbox"/>	Choroba kręgosłupa..... <input type="checkbox"/>	Choroba nowotworowa..... <input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/>	Choroba tarczycy <input type="checkbox"/>	Reumatyzm <input type="checkbox"/>
Astma oskrzelowa <input type="checkbox"/>	Wada serca / choroba serca..... <input type="checkbox"/>	Autyzm <input type="checkbox"/>
Katar sienny <input type="checkbox"/>	Cukrzyca..... <input type="checkbox"/>	Wada wrodzona <input type="checkbox"/>
Alergia pokarmowa <input type="checkbox"/>	Przewlekłe zakażenie dróg moczowych <input type="checkbox"/>	Upośledzenie fizyczne..... <input type="checkbox"/>
Alergiczne wysypki <input type="checkbox"/>	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) . <input type="checkbox"/>	Upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/>
Inne <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, jakie? _____ Żadne... <input type="checkbox"/>	

6. Czy Państwa dziecko miało w ciągu ostatnich 12 miesięcy następujące symptomy lub nieprawidłowości?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Problemy ze wzrokiem | <input type="checkbox"/> | Robaczycza | <input type="checkbox"/> | Nietolerancja pokarmowa | <input type="checkbox"/> |
| Problemy ze słuchem | <input type="checkbox"/> | Nadwaga | <input type="checkbox"/> | Niepokój ruchowy / hiperaktywność... | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia mowy | <input type="checkbox"/> | Niedowaga | <input type="checkbox"/> | Agresywność | <input type="checkbox"/> |
| Opóźnienie rozwojowe | <input type="checkbox"/> | Częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> | Problemy z zasypianiem / zaburzeniasnu | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia koncentracji | <input type="checkbox"/> | Częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> | Częste chrapanie (bez infekcji) | <input type="checkbox"/> |
| Moczenie nocne | <input type="checkbox"/> | Częste bóle nóg | <input type="checkbox"/> | Oddychanie przez usta / zaburzone
oddychanie przez nos | <input type="checkbox"/> |
| Nietrzymanie moczu | <input type="checkbox"/> | Bojaźliwość | <input type="checkbox"/> | Nadmierne zmęczenie w ciągu dnia ... | <input type="checkbox"/> |
| Inne | <input type="checkbox"/> | Jeśli tak, jakie? _____ | | Żadne... | <input type="checkbox"/> |

7. U jakich lekarzy bądź terapeutów było Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Pediatra | <input type="checkbox"/> | Okulista | <input type="checkbox"/> | Osoba lecząca metodami
niekonwencjonalnymi | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz rodzinny | <input type="checkbox"/> | Otolaryngolog | <input type="checkbox"/> | Psychiatra dziecięcy i młodzieżowy... | <input type="checkbox"/> |
| Dentysta | <input type="checkbox"/> | Dermatolog | <input type="checkbox"/> | Psycholog | <input type="checkbox"/> |
| Ortodonta | <input type="checkbox"/> | Urolog | <input type="checkbox"/> | Chirurg/Ortopeda | <input type="checkbox"/> |
| U innych | <input type="checkbox"/> | Jakich? _____ | | Żadnych | <input type="checkbox"/> |

8. Czy Państwa dziecko zostało kiedykolwiek poddane następującym badaniom lub zabiegom?

Dokładniejsze informacje (np. operacje ambulatoryjne: polipy)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Diagnostyka rozwojowa | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pobyt rehabilitacyjny / uzdrowiskowy | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Test alergologiczny | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operacja ambulatoryjna | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stacjonarne leczenie szpitalne | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nie przeprowadzono badań / zabiegów | <input type="checkbox"/> | |

9. Jakim zabiegom lub terapiom zostało poddane do tej pory Państwa dziecko?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Terapia mowy / logopedia ... | <input type="checkbox"/> | Wczesne wsparcie rozwoju dziecka . | <input type="checkbox"/> | Specjalne leczenie pedagogiczne . | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapia | <input type="checkbox"/> | Wsparcie językowe w placówce
diennej opieki nad dziećmi | <input type="checkbox"/> | Psychoterapia | <input type="checkbox"/> |
| Fizjoterapia | <input type="checkbox"/> | Wsparcie integracyjne | <input type="checkbox"/> | Wsparcie rodzinne | <input type="checkbox"/> |
| Leczenie ortodontyczne ... | <input type="checkbox"/> | Poradnictwo wychowawcze | <input type="checkbox"/> | Poradnictwo psychologiczne | <input type="checkbox"/> |
| Inne | <input type="checkbox"/> | Jeśli tak, jakie? _____ | | Żadne... | <input type="checkbox"/> |

10. Czy Państwa dziecko doznało kiedykolwiek wypadku lub zatrucia, które wymagały leczenia medycznego?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Wypadek w domu | <input type="checkbox"/> | Wypadek w ruchu drogowym | <input type="checkbox"/> | Zatrucie | <input type="checkbox"/> |
| Wypadek w placówce dziennej
opieki nad dziećmi / szkole / klubie ... | <input type="checkbox"/> | Wypadek w innym miejscu | <input type="checkbox"/> | Żadnego | <input type="checkbox"/> |

11. Czy Państwa dziecko zażywało w ostatnim roku leki?Nie ... Tak ...

- | Jeśli tak, w związku z czym | Regularnie | W razie potrzeby | Nazwa leku |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Alergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsja (napady drgawek) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hiperaktywność | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Inna choroba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

12. Czy chcielibście Państwo poinformować nas jeszcze o czymś odnośnie Państwa dziecka?

Udzielenie odpowiedzi na pytania 13-22 jest dobrowolne!

Niniejsze pytania służą w pierwszej kolejności ogólnokrajowej Sprawozdawczości o Zdrowiu. Zarówno badanie bilansowe dziecka przed pójściem do szkoły jak też późniejsze badania lub opinie są niezależne od tego.

W razie wątpliwości mogą Państwo pozostawić także pojedyncze pytania bez odpowiedzi. Z tego powodu nie powstaną dla Państwa lub Państwa dziecka oczywiście żadne negatywne skutki.

13. Jak długo Państwa dziecko było karmione piersią?

- a. Nie było karmione piersią Krócej niż 1 miesiąc..... 1 - 3 miesiące
 4 - 6 miesięcy..... Dłużej niż 6 miesięcy ... Nieznane
- b. Do miesiąca życia było wyłącznie karmione piersią. Nieznane

14. U kogo głównie mieszka dziecko? (proszę postawić tutaj tylko krzyżyk)

- U biologicznych rodziców W domu dziecka
 U matki z partnerem/partnerką U rodziców zastępczych/rodziców adopcyjnych ..
 U samotnie wychowującej matki U innych członków rodziny
 U ojca z partnerem/partnerką U innych osób
 U samotnie wychowującego ojca

15. Ile dzieci mieszka łącznie w Państwa domu? (łącznie z dzieckiem przyjętym do szkoły)

- 1 dziecko... 2 dzieci... 3 dzieci... 4 dzieci... więcej niż 4 dzieci ... , Ile? _____

16. W jakich językach rozmawia się u Państwa w domu? (możliwe wskazanie wielu odpowiedzi)

- Język niemiecki ... Inne języki Jakie? _____

17. W jakim kraju urodziliście się Państwo? (prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców)

- Matka** ... W Niemczech W innym kraju..... W jakim? _____
Ojciec .. W Niemczech W innym kraju..... W jakim? _____

18. Jakie obywatelstwo posiadacie Państwo? (prosi się o podanie obywatelstwa dziecka oraz obojga rodziców)

- Dziecko**.. Niemieckie ... Inne / dalsze obywatelstwa Jakie? _____
Matka Niemieckie ... Inne / dalsze obywatelstwa Jakie? _____
Ojciec ... Niemieckie ... Inne / dalsze obywatelstwa Jakie? _____

19. Czy w Państwa domu pali się papierosy?

- Nigdy... Sporadycznie... Często...

20. Jaką najwyższą szkołę Państwo ukończyliście (Prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców!)

- | | Matka / osoba
uprawniona do opieki | Ojciec / osoba
uprawniona do opieki |
|--|---------------------------------------|--|
| Ukończenie szkoły głównej / ukończenie szkoły podstawowej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ukończenie szkoły realnej / średniej (dyplom ukończenia szkoły realnej) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Świadectwo dojrzałości uprawniające do studiowania w wyższej szkole zawodowej (ukończenie technikum) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ogólne świadectwo dojrzałości (matura) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inny dyplom ukończenia szkoły | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Jeszcze) w trakcie kształcenia szkolnego (uczeń) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Szkoła ukończona bez uzyskania dyplomu / kwalifikacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Czy posiadają Państwo ukończone wykształcenie zawodowe? Jeśli tak, jakie? (Prosi się o podanie tylko najwyższego stopnia ukończenia szkoły. Prosi się o podanie informacji odnośnie obojga rodziców!)

	Matka / osoba uprawniona do opieki	Ojciec / osoba uprawniona do opieki
Nauka zawodu (wykształcenie zawodowo-zakładowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła zawodowa, szkoła handlowa (wykształcenie zawodowo-szkolne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technikum (np. Szkoła Mistrzowsko-Techniczna, Wyższa Szkoła Zawodowa lub Wyższa Szkoła Kierunkowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyższa szkoła zawodowa, szkoła inżynierska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniwersytet, szkoła wyższa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny dyplom ukończenia nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeszcze w trakcie kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak ukończenia szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Kto udzielał odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie?

Matka/osoba uprawniona do opieki.. <input type="checkbox"/>	Babcia <input type="checkbox"/>	Przybrana matka ... <input type="checkbox"/>	Rodzeństwo dziecka .. <input type="checkbox"/>
Ojciec/osoba uprawniona do opiek.. <input type="checkbox"/>	Dziadek .. <input type="checkbox"/>	Przybrany ojciec ... <input type="checkbox"/>	Inna osoba <input type="checkbox"/>