

Formun doldurulması için yardımcı bilgiler:
Doğru olan şıkları doldurup, işaretleyiniz:
Soruların bir tekinin ya da bir kaçının doldurulması gönüllüdür!



Çocuğun soyadı	Adı	Doğum tarihi	Vatandaşlığı	Kardeşlerinin sayısı
Anadili (Anne)	Anadili (Baba)	Evde yaşayan reşit sayısı	Yuva/Kreş/Anaokuluna gittiği yılların sayısı	<input type="text"/> Yıl
Velayet sahibi ya da ebeveynin adı ve adresi Soyadı).....Adı).....Şehir kodu ve şehir..... Cadde.....Tel.no.....				
Gebelik ve doğumun seyri				
Doğum ağırlığı: _ _ _ _ gram Bitmiş gebelik haftası: _ _ ,SSW' <input type="checkbox"/> Çoklu doğum				
Gelişim				
Çocuğunuzda <u>bugüne kadar</u> hiç gelişim geriliği tesbit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
18. aylık olana kadar tutunmadan yürümek <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
İlk kelimeleri (örneğin anne, baba, araba gibi) 18. aylık olana kadar <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Gelişiminde olumsuz dil belirtileri <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Çocuk iki ya da daha çok dilli yetiştiriyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Evinizde hangi diller konuşuluyor? <input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Başka dil(ler) (hangisi/hangileri): _____				
Almanca ile temas <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren değil				
Almanca ile temas doğumdan itibaren değilse, hangi yaştan itibaren vardır? _ _ yıl _ _ _ _ ay				
Çocuğunuz... <input type="checkbox"/> sağ elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> sol elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> Henüz belli değil				
Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklar ve sağlığını kısıtlayıcı başka özellikler geçmişte ya da şimdi söz konusu mu?				
Çocuğunuz hiç bir göz doktoru tarafından muayene edildi mi?? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Yanıtınız evet ise, aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:				
▶ Göz bebeği damla damlatılarak büyütüldü mü? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
▶ Göz bozukluğu tesbit edildi mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
↳ Yanıtınız evet ise. Hangi tedavide bulunuldu?				
▶ Gözlük <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
▶ Bir gözün kapatılması/bir gözün egzersizi <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
▶ Şaşılık ameliyatı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> tasarı halinde				
Doğuştan ağır işitme engeli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Eğer evet işaretledinizse, aşağıdaki soruları da yanıtlayınız:				
Doğuştan işitme engeli <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan				
İşitme cihazı mevcut <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan				
Koklear implant mevcut <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> Her iki taraftan				

Lütfen sayfayı çeviriniz!

Metabolizma/hormon bozuklukları: Hayır Evet

Evet ise, hangileri? CoA dehidrogenaz eksikliği Hypothyroidism (doğuştan) Fenilketonüri

Adrenogenital sendrom Mukovisidoz Şeker hastalığı (Tip 1)

Şeker hastalığı (Tip 2)

Diğer :

Teşhis konulduğundaki yaş : | | |
yıl ay

Diğer kronik hastalıklar: Hayır Evet (Hangileri?):

Ağır engeller: Hayır Evet (Hangileri?):

Düzenli olarak kullanılan ilaçlar: Hayır Evet (Hangileri?):

Acil durumlarda çocuğunuzun belirli bir müdahale gerektiren hastalıkları hakkında bilginiz var mı

(Örneğin Allerjiler, Epilepsi, v.s.)? Hayır Evet

Evet ise, hangileri?

Çocuk doktoru/aile doktoru:

.....
.....

Çocuğunuza hiç aşağıdaki geliştirici tedbirler ya da tedaviler uygulandı mı?

Almanca hazırlık kursuna katılım	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> tasarı halinde
Dil ve Konuşma terapisi (Logopedi)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> sonuçlandı	<input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde
Fizyoterapi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> sonuçlandı	<input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde
Erken geliştirme	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> sonuçlandı	<input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde
Sağlık pedagojisi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> sonuçlandı	<input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde
Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> sonuçlandı	<input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarı halinde

Çocuğunuzla hangi sıklıkla diş doktorunuza gidiyorsunuz? Kontrole yılda en az bir kez
 Kontrole yılda bir kezden daha az
 Sadece rahatsızlığı olduğunda
 Çocuğum daha hiç dişçiye gitmedi

Siz çocuğunuzun genel olarak aşağıda sözü edilen konuların bir ya da bir kaçında güçlük çektiğini söyleyebilir misiniz: Ruh hali (sıkıntılı, ürkek, kararsız, aniden öfkelenen), konsantrasyonu (uzun süre oturduğu yerde oturamaz, kitap okunduğunda uzun süre okunanları dinleyemez), davranışı, başkalarıyla ilişkisi?

Hayır Evet

Ailede (Anne ya da babada, kardeşlerde)

▶ Okuma yazma zayıflığı (Legasteni)?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
▶ Sayısal ve matematiksel temel işlemler ile ilgili Uğraşılarda yaşanan güçlükler (Diskalkuli)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
▶ Şaşılık	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
▶ Yüksek derecede hipermetrop (>3dioptri), Astigmat >3dioptri, Miyop >10dioptri	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet

Form doldurma tarihi: