

İlgili alanları doldurunuz ya da çarpı ☒ koyunuz.

Çocuğun soyadı	Adı	Doğum tarihi	Vatandaşlığı	Kardeşlerin sayısı
Annesinin ana dili / Babasının ana dili	Babasının ana dili / Annesinin ana dili	Evde yaşayan reşit sayısı	Yuva/Kreş/Anaokuluna gittiği yılların sayısı Yıl	<input type="text"/>
Velayet sahib(ler)inin ad(lar)ı ve adres(ler)i Soyadı.....Adı.....Posta kodu, İli/İlçesi Cadde.....No.....Telefon No.....				
Gebelik ve doğum seyri (sarı defterdeki bilgiler)				
Doğum ağırlığı: _ _ _ _ Gram Bitmiş gebelik haftası: _ _ ☐ Çoklu doğum				
Gelişimi				
Çocuğunuzda hiç gelişim geriliği tespit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır				
Gelişiminde olumsuz dil belirtileri ☐ Evet ☐ Hayır		18 aylık olana kadar tutunmadan yürüdü mü? ☐ Evet ☐ Hayır		
İlk kelimeleri (örneğin anne, baba, araba gibi) 18 aylık olana kadar ☐ Evet ☐ Hayır		Çocuk iki dilli yetişiyor ☐ Evet ☐ Hayır		
Almanca ile temas ☐ doğumdan itibaren ☐ doğumdan itibaren değil Almanca ile temas doğumdan itibaren değilse, hangi yaştan itibaren vardır? _ _ yıl _ _ _ay				
Çocuğunuz... ☐ sağ elini mi kullanıyor? ☐ sol elini mi kullanıyor? ☐ Henüz belli değil				
Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklar ve sağlığını kısıtlayıcı başka özellikler geçmişte ya da şimdi söz konusu mu?				
Görme bozukluğu ☐ Hayır ☐ Evet Şaşılık tedavisi ☐ Hayır ☐ Evet Gözlük ☐ Hayır ☐ Evet Ağır işitme ☐ Hayır ☐ Evet				
Eğer evet olarak yanıtladıysanız, lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız:				
☐ doğuştan ağır işitme		☐ sol	☐ sağ	
☐ doğuştan sonra gelişmiş işitme bozukluğu		☐ sol	☐ sağ	
☐ bu tarihten beri işitme cihazı kullanır		solay/sene	sağay/sene	
☐ bu tarihten beri Cochlea-İmplantı var		solay/sene	sağay/sene	
Doğuştan metabolizma/hormon bozukluğu (sadece tıbben tanı konulanlar): ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):				
☐CoA dehidrogenaz eksikliği ☐Hypothyroidism ☐Fenilketonüri ☐Adrenogenital sendrom ☐Mukovisidoz ☐Şeker hastalığı (Tip 1) ☐Şeker hastalığı (Tip 2)				
Diğer kronik hastalıklar: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Ağır engeller: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Düzenli olarak kullandığı ilaçlar: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Acil durumlarda çocuğunuzun belirli bir müdahale gerektiren hastalıkları hakkında bilginiz var mı (örneğin: alerjiler, epilepsi, vb.)? ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, hangileri?.....				
Çocuğunuza hiç geliştirici tedbirler ya da tedaviler uygulandı mı?				
Almanca hazırlık kursuna katılım ☐ Hayır ☐ Evet		☐ planlandı		
Dil ve konuşma terapisi (Logopedi) ☐ Hayır		☐ tamamlandı	☐ hâlen sürmekte	☐ planlandı
Erken geliştirme/sağlık pedagojisi/Ergoterapi ☐ Hayır		☐ tamamlandı	☐ hâlen sürmekte	☐ planlandı
Fizyoterapi ☐ Hayır		☐ tamamlandı	☐ hâlen sürmekte	☐ planlandı
Çocuk doktoru/Aile hekimi:				