

Ankieta w ramach badania bilansowego dziecka przed pójściem do szkoły

Informacje udzielone w odpowiedzi na pytania 1-13 są potrzebne lekarzowi szkolnemu do dokonania oceny medycznej zgodnie z § 11 Regulaminu dla publicznych szkół podstawowych w Nadrenii-Palatynacie. Informacje te stanowią podstawę dalszej rozmowy z opiekunami i służą określeniu aktualnego stanu rozwoju dziecka. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na te pytania. Niejasności dotyczące poszczególnych pytań można wyjaśnić podczas spotkania.



1. Informacje dotyczące rodziny			Wypełniono dnia:														
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Dzień</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Miesiąc</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Rok</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;"></td><td style="text-align: center; font-size: 8px;"></td><td style="text-align: center; font-size: 8px;"></td></tr></table>									Dzień	Miesiąc	Rok			
Dzień	Miesiąc	Rok															
Dziecko			Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1 (np. ojciec/matka)			Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2 (np. ojciec/matka)											
Nazwisko																	
Imię																	
Płeć	męska ☐	żeńską ☐	inną ☐	męska ☐	żeńską ☐	inną ☐	męska ☐	żeńską ☐	inną ☐								
Data urodzenia	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Dzień</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Miesiąc</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Rok</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;"></td><td style="text-align: center; font-size: 8px;"></td></tr></table>							Dzień	Miesiąc	Rok			Kraj urodzenia dziecka				
Dzień	Miesiąc	Rok															
Adres																	

2. Jaką opieką było objęte Państwa dziecko do tej pory? Do jakich placówek uczęszczało?

a) Dziecko do wieku ____ lat i ____ miesięcy nie uczęszczało do żadnych placówek, przebywało wyłącznie w środowisku domowym.

b) Później dziecko uczęszczało do następujących placówek: (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Żłobek.....	☐	Przedszkole/placówka opieki dziennej.	☐	Przedszkole specjalne.....	☐
Opieka dzienna nad dzieckiem.....	☐	Integracyjna placówka opieki dziennej.	☐	Żadna z wymienionych placówek	☐

c) Obecnie dziecko uczęszcza do następującej placówki:

Żłobek.....	☐	Przedszkole/placówka opieki dziennej.	☐	Przedszkole specjalne.....	☐
Opieka dzienna nad dzieckiem.....	☐	Integracyjna placówka opieki dziennej.	☐	Żadna z wymienionych placówek	☐

3. Jakie choroby zakaźne przebyło Państwa dziecko do tej pory? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Ospa wietrzna.....	☐	Swinka.....	☐	Salmonella.....	☐
Szkarlatyna.....	☐	Różyczka.....	☐	Borelioza.....	☐
Rumień zakaźny.....	☐	Krztusiec.....	☐	Zapalenie mózgu/opon mózgowych.....	☐
Odra.....	☐	Żółtaczkę typu B.....	☐	Rotawirusy.....	☐
Inne.....	☐	Covid-19.....	☐	Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

4. Jakie ostre choroby przebyło Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Zapalenie oskrzeli.....	☐	Zapalenie pęcherza moczowego/dróg moczowych	☐	Atak pseudokrupu.....	☐
Zapalenie gardła/migdałków...	☐	Zapalenie płuc.....	☐	Napad drgawek.....	☐
Zapalenie ucha środkowego.....	☐	Drgawki gorączkowe.....	☐	Częste infekcje.....	☐
Infekcje żołądkowo-jelitowe....	☐				
Inne.....	☐			Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

5. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek przebyło zdiagnozowane przez lekarza następujące choroby lub dolegliwości? (Można wskazać wiele odpowiedzi) Proszę ewentualnie przedstawić odpowiednią dokumentację!

Alergie.....	☐	Polipy (adenoidy).....	☐	Napady drgawek (epilepsja).....	☐
Atopowe zapalenie skóry.....	☐	Bóle kręgosłupa.....	☐	Guz/nowotwór.....	☐
Przewlekłe zapalenie oskrzeli...	☐	Choroba tarczycy.....	☐	Reumatyzm.....	☐
Dychawica oskrzelowa.....	☐	Wada/choroby serca.....	☐	Autyzm.....	☐
Katar sienny.....	☐	Cukrzyca.....	☐	Schorzenie wrodzone.....	☐
Alergie pokarmowe.....	☐	Przewlekłe zakażenie układu moczowego.....	☐	Niepełnosprawność fizyczna.....	☐
Alergiczne wysypki skórne.....	☐	ADHD.....	☐	Niepełnosprawność umysłowa...	☐
Inne.....	☐	Choroby psychiczne.....	☐	Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

6. Czy Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało następujące objawy lub dolegliwości? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Upośledzenie wzroku.....	☐	Pasożyty.....	☐	Nietolerancje pokarmowe.....	☐
Upośledzenie słuchu.....	☐	Nadwaga.....	☐	Niepokój/nadaktywność ruchowa.....	☐
Zaburzenia mowy.....	☐	Niedowaga.....	☐	Agresja.....	☐
Opóźnienie rozwoju.....	☐	Częste bóle głowy.....	☐	Problemy z zasypianiem/snem.....	☐
Zaburzenia koncentracji.....	☐	Częste bóle brzucha.....	☐	Częste chrapanie (bez infekcji).....	☐
Moczenie nocne.....	☐	Częste bóle nóg.....	☐	Oddychanie ustami/zaburzone oddychanie przez nos.....	☐
Niekontrolowane wypróżnianie.	☐	Lękliwość.....	☐	Nadmierne zmęczenie w ciągu dnia....	☐
Inne.....	☐			Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

7. Jakich lekarzy lub terapeutów odwiedziło Państwa dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Pediatra.....	☐	Okulista.....	☐	Uzdrowiciel.....	☐
Lekarz rodzinny.....	☐	Laryngolog.....	☐	Psychiatra dziecięcy/młodzieżowy.....	☐
Stomatolog.....	☐	Dermatolog.....	☐	Psycholog/psychoterapeuta.....	☐
Ortodonta.....	☐	Urolog.....	☐	Chirurg/ortopeda.....	☐
Inny.....	☐	Kardiolog dziecięcy.....	☐	Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

8. Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek przeprowadzono następujące badania lub leczenie? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Diagnoza rozwojowa.....	☐	Szczegółowe informacje (np. operacja ambulatoryjna: polipy)
Pobyt w klinice rehabilitacyjnej lub uzdrowisku	☐	_____
Testy alergiczne.....	☐	_____
Operacja ambulatoryjna.....	☐	_____
Stacjonarne leczenie szpitalne.....	☐	_____
Brak badań/leczenia.....	☐	_____

9. Jakie terapie lub formy wsparcia odbyło Państwa dziecko do tej pory? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Terapia językowa/ logopedia.....	☐	Wczesne wspomaganie rozwoju.....	☐	Terapia pedagogiki leczniczej..	☐
Ergoterapia.....	☐	Pomoc integracyjna.....	☐	Psychoterapia.....	☐
Fizjoterapia.....	☐	Doradztwo w zakresie wychowania.....	☐	Doradztwo psychologiczne.....	☐
Leczenie ortodontyczne.....	☐			Wsparcie dla rodzin (SPFH).....	☐
Inne.....	☐			Brak.....	☐

Jeśli inne, jakie? _____

Jakie były przyczyny/nowody nadercia terapii lub skorzystania z zaznaczonych form wsparcia?

Okres/czas trwania terapii: _____

10. Czy Państwa dziecko kiedykolwiek uległo wypadkom lub przeszło zatrucia, które wymagały opieki medycznej? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Wypadek w domu.....	☐	Wypadek w ruchu drogowym.....	☐	Zatrucie.....	☐
Wypadek w placówce opieki (np. przedszkolu).....	☐	Wypadek w innym miejscu (np. w klubie dziecięcym, na sali gimnastycznej).....	☐	Brak.....	☐

11. Czy Państwa dziecko przyjmowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy lekarstwa?

Tak..... ☐ Nie..... ☐

Jeśli tak, z jakiego powodu:

	Regularnie	W razie potrzeby	Nazwa leku
Alergie.....	☐	☐	_____
Dychawica oskrzelowa.....	☐	☐	_____
Epilepsja (napady drgawek).....	☐	☐	_____
Nadaktywność.....	☐	☐	_____
Inne choroby przewlekłe.....	☐	☐	_____

Czy Państwa dziecko musi przyjmować leki w szkole? Regularnie..... ☐ W razie potrzeby ☐ Nie..... ☐

Czy Państwa dziecko potrzebuje w szkole pomocy przy przyjmowaniu leków? Tak... ☐ Nie... ☐ Dziecko nie przyjmuje w szkole leków..... ☐

12. Czy chcieliby Państwo jeszcze coś dodać na temat swojego dziecka?

13. Kto wypełnił ankietę? (Można wskazać wiele odpowiedzi)

Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.....	☐	Babcia.....	☐	Przybrana matka.	☐	Rodzeństwo dziecka.....	☐
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.....	☐	Dziadek.....	☐	Przybrany ojciec..	☐	Inna osoba.....	☐

Udzielenie odpowiedzi na pytania 14-23 jest dobrowolne!

Pytania te służą przede wszystkim do określenia stanu zdrowia dziecka i wspierają badania poświęcone zdrowiu dzieci. Odpowiedzi udzielone na te pytania nie wpływają ani na badanie bilansowe dziecka przed pójściem do szkoły, ani na późniejsze badania lub orzeczenia. W razie wątpliwości można pozostawić niektóre pytania bez odpowiedzi. W żadnym razie nie wpłynie to negatywnie ani na Państwa, ani na Państwa dziecko.

14. 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.....	☐ Nie wiadomo.....	☐
b) Od ____ miesiąca życia dziecko było dokarmiane (pokarmami stałymi i/lub mlekiem w proszku).		☐ Nie wiadomo.....	☐
15. U kogo głównie dziecko mieszka? (Tutaj proszę zaznaczyć tylko jedną opcję)			
U rodzonych rodziców.....	☐ U przybranych rodziców/w rodzinie zastępczej.	☐	
U osoby sprawującej opiekę rodzicielską 1 (osoba ta sama wychowuje dziecko).....	☐ U innych członków rodziny.....	☐	
U osoby sprawującej opiekę rodzicielską 2 (osoba ta sama wychowuje dziecko).....	☐ U innych osób.....	☐	
W rodzinie macochy/ojczyma lub w rodzinie patchworkowej.....	☐ W domu wychowawczym.....	☐	
Model zmienny (dziecko mieszka przez taki sam czas u osób sprawujących opiekę rodzicielską, które żyją osobno)		☐	
16. Ile dzieci mieszka łącznie w Państwa gospodarstwie domowym? (łącznie z dzieckiem, które ma iść do szkoły)			
1 dziecko	☐ 2 dzieci	☐ 3 dzieci	☐ 4 dzieci
☐ Więcej niż 4 dzieci		☐ , mianowicie ____ dzieci.	
17. Jakimi językami posługują się Państwo w domu? (Można wskazać wiele odpowiedzi)			
Język niemiecki.....	☐ Inne języki.....	☐ Jakie? _____	
18. Z jakiego kraju Państwo pochodzą? (Podać dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)			
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.	Niemcy ☐ Inny kraj	☐ Jaki? _____	
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.	Niemcy ☐ Inny kraj	☐ Jaki? _____	
19. Jakie posiadają Państwo obywatelstwo? (Podać dla dziecka i dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)			
Dziecko	Niemieckie ☐ Inne/ drugie obywatelstwo	☐ Jakie? _____	
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1	Niemieckie ☐ Inne/ drugie obywatelstwo	☐ Jakie? _____	
Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2	Niemieckie ☐ Inne/ drugie obywatelstwo	☐ Jakie? _____	
20. Czy w Państwa domu pali się wyroby tytoniowe?			
Nigdy.....	☐ Czasami.....	☐ Często.....	☐
21. Jaki najwyższy dyplom Państwo posiadają? (Podać dla obu osób sprawujących opiekę rodzicielską)			
	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1..	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2..	
Dyplom szkoły głównej/ludowej.....	☐	☐	
Dyplom szkoły realnej (mała matura).....	☐	☐	
Dyplom szkoły wyższej zawodowej (technikum).....	☐	☐	
Matura.....	☐	☐	
Inna ukończona szkoła.....	☐	☐	
Jeszcze się uczyć.....	☐	☐	
Ukończona szkoła bez dyplomu.....	☐	☐	
Brak informacji.....	☐	☐	

22. Czy mają Państwo wykształcenie zawodowe? Jeśli tak, jakie?

(Proszę podać najwyższy posiadany dyplom.)

	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.....	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.....
Nauka zawodu (kształcenie zawodowe w zakładzie).....	☐	☐
Szkoła zawodowa, szkoła handlowa (kształcenie zawodowe w zakładzie)	☐	☐
Szkoła zawodowa (np. technikum, akademia zawodowa).....	☐	☐
Wyższa szkoła specjalistyczna, szkoła inżynierska.....	☐	☐
Uniwersytet, szkoła wyższa.....	☐	☐
Inne uzyskane wykształcenie.....	☐	☐
Jeszcze odbywam kształcenie zawodowe.....	☐	☐
Nie ukończyłem(-łam) żadnej szkoły.....	☐	☐
Brak informacji.....	☐	☐

23. W jakim zakresie pracują Państwo obecnie zawodowo?

	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 1.....	Osoba sprawująca opiekę rodzicielską 2.....
Praca na cały etat.....	☐	☐
Praca na część etatu (np. praca w niepełnym wymiarze, praca na godziny)	☐	☐
Obecnie nie pracuję zawodowo.....	☐	☐