Formulář zdravotní anamnézy

Pokyny pro vyplnění tohoto formuláře: *Dle potřeby prosím vyplňte nebo zaškrtněte ☒*

Žádáme Vás o poskytnutí následujících informací, abychom mohli dokončit vstupní školní lékařskou prohlídku a poskytnout Vám kvalifikované poradenství. Zpracování údajů se zakládá mimo jiné na čl. 12 odst. 1 GDG, § 6 odst. 1 č. 1 nařízení o školské zdravotní péči (SchulgespflV). Další informace o zpracování údajů naleznete v informacích o ochraně osobních údajů, které jste obdrželi spolu s pozvánkou ke vstupní školní lékařské prohlídce.

Příjmení dítěte	Křestní jméno dítěte	Datum narození
Počet sourozenců	Státní příslušnost dítěte	Země narození dítěte

Jméno a adresa zákonného zástupce

Příjmení, jméno: ..... *Příjmení, jméno:* .....

Telefonní číslo: ..... *Telefonní číslo:* .....

Adresa:.....

Mateřská škola

Délka docházky do jeslí / mateřské školy (v letech): _____

Navštěvuje Vaše dítě v současné době mateřskou školu? ☐ ano ☐ ne

Typ mateřské školy:

☐ běžná mateřská škola (včetně lesní školky, Montessori atd.) ☐ přípravná třída základní školy (SVE)

☐ léčebné vzdělávací centrum pro děti (HPT) ☐ integrační centrum/školka

☐ jiné zařízení (jaké?): _____

Těhotenství a průběh porodu *(informace ve žluté knížce s lékařskými záznamy)*

Porodní hmotnost: I__I__I__I__I *gramů* Ukončené týdny těhotenství: I__I__I *TT* ☐ Vícečetný porod

Vývoj

Vývojové poruchy řeči ☐ ano ☐ ne

Dítě vyrůstá ve vícejazyčném prostředí ☐ ano ☐ ne

Kontakt s německým jazykem ☐ od narození ☐ nikoliv od narození

Pokud nebyl kontakt s německým jazykem od narození, od jakého věku? I__I roků I__I__I měsíců

Mateřský jazyk rodičů? (Uveďte prosím informace za oba rodiče)

☐ němčina ☐ jiný jazyk (jaký?): _____

☐ němčina ☐ jiný jazyk (jaký?): _____

Jakými jazyky se u Vás doma mluví?

☐ němčina ☐ jiný jazyk (jaký?): _____

Je Vaše dítě ☐ pravák ☐ levák ☐ dosud nerozhodnuto

Řekli byste, že Vaše dítě má celkově potíže v jedné nebo více z následujících oblastí? Nálada (deprese, úzkost, labilita, vznětlivost), soustředění (nevydrží dlouho sedět v klidu, při hlasitém čtení nevydrží poslouchat), chování, interakce s ostatními?

☐ ano ☐ ne

Podpůrná opatření nebo terapie

Účast na přípravném kurzu němčiny ☐ ano ☐ ne ☐ plánována

Jazyková terapie (logopedie) ☐ ne ☐ dokončena ☐ aktuálně stále probíhá ☐ plánována

Informace o předchozích onemocněních nebo zdravotních omezeních

Bylo Vaše dítě někdy vyšetřeno očním lékařem? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano: Bylo zjištěno nebo stanoveno následující:

☐ obvyklé nálezy ☐ byly předepsány brýle

☐ krátkozrakost (myopie) ☐ dalekozrakost (hyperopie) ☐ šilhání

Navštívili jste se svým dítětem v posledních 12 měsících zubaře? ☐ ano ☐ ne

Vrozené těžké sluchové postižení ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, odpovězte prosím na následující otázky:

Vrozené sluchové postižení ☐ vlevo ☐ vpravo ☐ na obou stranách

Nosí naslouchátko ☐ vlevo ☐ vpravo ☐ na obou stranách

Má kochleární implantát od ☐ vlevo ☐ vpravo ☐ na obou stranách

Metabolické/hormonální poruchy (pouze lékařsky diagnostikované nálezy) ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, jaké: ☐ deficit MCAD ☐ hypotyreóza (vrozená)

☐ PKU ☐ AGS ☐ mukoviscidóza ☐ cukrovka (typu 1)

☐ jiné: .....

Věk v době diagnózy: I___I I___I___I (*roků/měsíců*)

Jiná chronická onemocnění: ☐ ano *(jaká?):* ..... ☐ ne

Těžké zdravotní postižení: ☐ ano *(jaké?):* ..... ☐ ne

Pravidelné užívání léků: ☐ ano *(jaké?):* ..... ☐ ne

Jste si vědomi nějakých onemocnění Vašeho dítěte, která vyžadují určité postupy v nouzových situacích (např. alergie, epilepsie atd.)? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, jaké? .....

Vyskytuje se v rodině (rodiče, sourozenci)

▶porucha čtení a pravopisu (dyslexie) ☐ ano ☐ ne

▶porucha počítání (dyskalkulie) ☐ ano ☐ ne

Vyplněno dne: .....

Dobrovolně poskytnuté informace od zákonných zástupců

Poskytnutí následujících informací je **dobrovolné.** Vámi poskytnuté informace jsou však důležité pro další vypracování preventivních opatření. Další informace o zpracování údajů naleznete v **informacích o ochraně osobních údajů**, které jste obdrželi spolu s pozvánkou ke vstupní školní lékařské prohlídce.
Vaše odpovědi budou v anonymizované podobě zaslány do LGL. Pokud svůj souhlas před předáním údajů do LGL odvoláte oznámením příslušnému zdravotnickému zařízení, nebudou tyto údaje do LGL předány. Pokud svůj souhlas odvoláte po jeho odeslání do LGL, je možné, že vaše údaje již byly sloučeny s jinými údaji a analyzovány anonymně, a proto již odvolání nelze provést.

Informovaný souhlas:

Jako zákonný zástupce

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

souhlasím s odpověďmi na následující otázky.
Jsem si vědom/a, že zapojení je dobrovolné a může být odvoláno, a že mohu odmítnout nebo odvolat souhlas, aniž by tím utrpěl/a jakoukoli právní újmu.

_____ _____
Místo, datum Podpis zákonného zástupce

Počet dospělých osob v domácnosti ☐

Ve které zemi jste se narodili? *(Uveďte prosím informace za oba rodiče.)*

☐ v Německu	☐ v jiné zemi
☐ v Německu	☐ v jiné zemi

Jaké jste národnosti? *(Uveďte prosím informace za oba rodiče.)*

☐ německá	☐ německá + jiná	☐ jiná
☐ německá	☐ německá + jiná	☐ jiná

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *(Uveďte prosím informace za oba rodiče.)*

nedokončené studium (zatím)	☐	☐
ukončené základní/středoškolské vzdělání (výuční list)	☐	☐
středoškolské vzdělání s maturitou (všeobecné)	☐	☐
diplomovaný specialista / bakalářský titul	☐	☐
vysokoškolské vzdělání	☐	☐

Které z následujících informací o zaměstnání se Vás týkají (u*veďte prosím informace za oba rodiče*)?

výdělečně činný zaměstnanec na plný úvazek s týdenní pracovní dobou 35 hodin nebo více	☐	☐
zaměstnanec na částečný úvazek s týdenní pracovní dobou 15 až 34 hodin	☐	☐
zaměstnanec na částečný nebo hodinový úvazek s týdenní pracovní dobou kratší než 15 hodin	☐	☐
dočasné pracovní volno, např. rodičovská dovolená	☐	☐
stážista / učeň / praktikant / rekvalifikant	☐	☐
v současné době nemá zaměstnání a nehledá práci (např. žena v domácnosti, student, důchodce)	☐	☐
v současné době nemá zaměstnání a hledá si práci (nezaměstnaný)	☐	☐