

## Hastalık geçmişi formu

Bu formun doldurulmasıyla ilgili bilgiler:

Lütfen uygun şekilde doldurun veya işaretleyin ☒

Okula giriş muayenesini tamamlayabilmemiz ve size profesyonel danışmanlık sunabilmemiz için aşağıdaki bilgileri sağlamanızı rica ediyoruz. Veri işleme, diğer hususların yanı sıra Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun (GDG) 12. maddesi 1. paragrafı, Okul Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin (SchulgespflV) 6. maddesi 1. paragrafının 1. bendine dayalıdır. Veri işlemeye ilgili daha fazla bilgiyi, okula giriş muayenesi davetiyesiyle birlikte aldığınız veri koruma bilgilerinde bulabilirsiniz.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Çocuğun soyadı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Çocuğun adı                            | Doğum tarihi                                                           |
| Kardeş sayısı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Çocuğun uyuğu                          | Çocuğun doğduğu ülke                                                   |
| Yasal vasinin soyadı ve adresi<br>Soyadı, Ad..... Soyadı, Ad.....<br>Tel. No..... Tel. No.....<br>Adres .....                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                                                        |
| <b>Anaokulu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                                                        |
| Kreş/gündüz bakımevi/anaokuluna devam etme süresi (yıl olarak): .....                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                                                        |
| Çocuğunuz şu anda bir anaokuluna devam ediyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                        |
| Anaokulu türü:<br><input type="checkbox"/> Normal anaokulu (orman anaokulu, Montessori, vb. dâhil) <input type="checkbox"/> Okula hazırlık merkezi (SVE)<br><input type="checkbox"/> İyileştirici eğitici gündüz bakımevi (HPT) <input type="checkbox"/> Entegrasyon merkezi / Entegrasyon anaokulu<br><input type="checkbox"/> Diğer (Hangisi?) ..... |                                        |                                                                        |
| <b>Hamilelik ve doğum süreci (sarı defterdeki bilgiler)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                                                                        |
| Doğum kilosu:  _ _ _ _  gram tamamlanan hamilelik haftası:  _ _  THH <input type="checkbox"/> Çoklu doğum                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                                                        |
| <b>Gelişim</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                        |
| Gelişim sırasında dil bozuklukları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Evet          | <input type="checkbox"/> Hayır                                         |
| Çocuk çok dilli büyüyor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Evet          | <input type="checkbox"/> Hayır                                         |
| Almanca iletişim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Doğumdan beri | <input type="checkbox"/> Doğumdan beri değil                           |
| Almanca iletişim doğumdan beri değilse kaç yaşından itibaren?  _  yıl  _ _  ay                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                        |
| Ebeveynlerin ana dili nedir (lütfen her iki ebeveyn için de belirtin)?<br><input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Diğer (Hangi dil?): .....                                                                                                                                                                                          |                                        |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Diğer (Hangi dil?): .....                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                                                        |
| Evinizde hangi diller konuşuluyor?<br><input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Diğer dil(ler) .....                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                                                        |
| Çocuğunuz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sağlak        | <input type="checkbox"/> Solak <input type="checkbox"/> Henüz kararsız |
| Genel olarak çocuğunuzun şu alanların birinde veya birkaçında zorluk yaşadığını söyleyebilir misiniz: Ruh hali (depresif, kaygılı, değişken, fevri), konsantrasyon (uzun süre sabit oturamıyor, okuma sırasında dikkatli şekilde dinlemiyor), başkalarıyla iletişim, davranış?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır         |                                        |                                                                        |

| Destek konusunda önlemler ve uygulamalar                                                                                                    |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| Almanca hazırlık kursuna katılım                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Evet                          | <input type="checkbox"/> Hayır      | <input type="checkbox"/> Planlandı                |                                    |
| Konuşma terapisi (Logopedi)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Hayır                         | <input type="checkbox"/> Tamamlandı | <input type="checkbox"/> Şu anda devam ediyor     | <input type="checkbox"/> Planlandı |
| Önceki hastalıklar veya sağlıksal kısıtlamalar ile ilgili bilgiler                                                                          |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| Çocuğunuz hiç göz doktoruna muayene oldu mu?                                                                                                |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Evetse: Aşağıdakiler tespit edildi veya belirtildi:                                                                                         |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Önemsiz bulgular                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Gözlük yazıldı                |                                     |                                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Uzağı görmeme (Miyopi)                                                                                             | <input type="checkbox"/> Yakını görmeme (Hipermetropi) |                                     | <input type="checkbox"/> Şaşılık                  |                                    |
| Çocuğunuzla geçen 12 ay içinde diş doktoruna gittiniz mi?                                                                                   |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Doğuştan ciddi işitme kaybı                                                                                                                 |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Yanıtınız evetse, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayın:                                                                                     |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| Doğuştan işitme kaybı                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sol                           | <input type="checkbox"/> Sağ        | <input type="checkbox"/> Her iki taraf            |                                    |
| İşitme cihazı var                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sol                           | <input type="checkbox"/> Sağ        | <input type="checkbox"/> Her iki taraf            |                                    |
| Koklear implant var                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sol                           | <input type="checkbox"/> Sağ        | <input type="checkbox"/> Her iki taraf            |                                    |
| Metabolik/hormonal bozukluklar (yalnızca tıbbi olarak teşhis edilmiş bulgular)                                                              |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Evetse hangileri: <input type="checkbox"/> MCAD eksikliği <input type="checkbox"/> Hipotiroidi (doğuştan)                                   |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Kistik fibrozis <input type="checkbox"/> Diyabet (Tip 1) |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Diğer: .....                                                                                                       |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| Tanı koyulduğu yaş:  __   __   __  (yıl / ay)                                                                                               |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| Diğer kronik hastalıklar:                                                                                                                   |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri?): ..... | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| İleri derecede engellilik:                                                                                                                  |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri?): ..... | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Düzenli alınan ilaçlar:                                                                                                                     |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri?): ..... | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Çocuğunuzun acil durumlarda belirli prosedürler gerektiren hastalıklarını biliyor musunuz (ör. Alerjiler, epilepsi vb.)?                    |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
|                                                                                                                                             |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| Evetse hangileri? .....                                                                                                                     |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| Ailede (ebeveynler, kardeşler) şunlar var mı?                                                                                               |                                                        |                                     |                                                   |                                    |
| ► Okuma-yazma zorlukları (Legasteni)                                                                                                        |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |
| ► Matematiksel hesaplama zorlukları (Diskalkuli)                                                                                            |                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> Evet                     | <input type="checkbox"/> Hayır     |

Doldurma tarihi: .....

### Yasal vasinin gönüllü verdiği bilgiler

Aşağıdaki bilgilerin verilmesi **gönüllülük esasına dayanır**. Ancak önleyici tedbirlerin geliştirilmesi için verdiğiniz bilgiler önemlidir. Veri işlemeye ilgili daha fazla bilgiyi, okula giriş muayenesi davetiyesiyle birlikte aldığınız **veri koruma bilgilerinde** bulabilirsiniz.

Yanıtlarınız LGL ile anonim biçimde paylaşılır. LGL ile paylaşım onayınızı sizin için yetkili olan sağlık dairesine bildirerek geri çekerseniz bu veriler LGL ile paylaşılmaz. LGL ile paylaşımından sonra onayınızı geri çekerseniz verilerinizin diğer verilerle birleştirilip anonim olarak değerlendirilmiş olma olasılığı vardır ve bu nedenle onay geri çekilemeyebilir.

#### Onay beyanı:

Bu kişinin yasal vasisi olarak

**Çocuğun adı ve soyadı:** \_\_\_\_\_

**Doğum tarihi:** \_\_\_\_\_

aşağıdaki soruların yanıtlarını kabul ediyoruz / kabul ediyorum.

Katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğunu ve iptal edilebileceğini, herhangi bir yasal zarar görmeden katılımı reddedebileceğimizi / reddedebileceğimizi veya onayı geri çekebileceğimizi / çekebileceğimizi biliyoruz / biliyorum.

Yer, Tarih

Yasal vasinin/vasilerin imzası

Hanedeki yetişkin sayısı ☐

Hangi ülkede doğdunuz? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

☐ Almanya'da

☐ Başka bir ülkede

☐ Almanya'da

☐ Başka bir ülkede

Uyruğunuz nedir? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

☐ Alman

☐ Alman + Diğer

☐ Diğer

☐ Alman

☐ Alman + Diğer

☐ Diğer

Öğrenim durumunuz nedir? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

(Henüz) okul diploması yok

☐

☐

Ortaöğretim diploması (Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss / Quali)

☐

☐

Ortaöğretim diploması (orta derece) (Realschulabschluss (Mittlere Reife))

☐

☐

Genel/meslek yüksekokulu derecesi

☐

☐

Yüksek okul/üniversite diploması

☐

☐

Aşağıdaki çalışma bilgilerinden hangisi size uygundur? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

Haftalık çalışma saati 35 saat veya daha fazla olmak üzere tam zamanlı çalışan

☐

☐

Haftalık çalışma saati 15 ila 34 saat olmak üzere yarı zamanlı çalışan

☐

☐

Haftalık çalışma saati 15 saat altında olmak üzere yarı zamanlı veya saatlik çalışan

☐

☐

Geçici izinli ör. doğum izni

☐

☐

Stajyer/çırak/yeniden eğitim gören

☐

☐

Şu anda çalışmıyor ve iş aramıyor (ör. Ev hanımı/adamı, öğrenci, emekli)

☐

☐

Şu anda çalışmıyor ve iş arıyor (işsiz)

☐

☐