



Eingangsfragebogen

Прізвище, ім'я, по батькові: _____ Борн: _____

ВАГІТНІСТЬ

Як проходила вагітність? Чи були
періоди лежання?

НАРОДЖЕННЯ

Ускладнення: так/ні - Які? _____ Sectio
(кесарів розтин): так ні Анестезія/часткова анестезія: о так
ні Тиждень вагітності: _____

Вага: _____

Розмір: _____

APGAR (див. U-буклет): _____

Багатоплідні пологи: о так о ніНомер _____

НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД/ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

о без висновків

о Перебування в клініці (де, коли?) _____

о Інкубатор

о Нагрівальне ліжко

о Жовтяниця

о Порушення дихання

о Форма порушення дихання _____

о Тип і тривалість вентиляції (киснева? Якщо так, то як довго?) _____

о СРАР-вентиляція (вентиляція маскою, трубкою, трахеальною канюлею)

о Поведінка під час вживання алкоголю (трубочка) / тривалість? _____

о Інші перебування в лікарні або відхилення від норми:

Банківські реквізити:

RottweillBAN Volksbank

Kreissparkasse FlottweilIBAN

: DE81 6429 0120 0028 4930 01

: DE08 6425 0040 0000 1870 57

BIC: GENODES1 VRW

BIC: SOLADES1¹RWL

ЗАХВОРЮВАННЯ

о часті інфекції (наприклад, інфекція середнього вуха, синусит...)

о Хронічний бронхіт

о Операція/ї, яка і коли? _____

о Ліки, які? _____

о Інші захворювання, які? _____

СІМЕЙНИЙ СТАН

о Брати і сестри так/ні (кількість і вік) _____

о Хто в основному доглядає за дитиною ? _____

__а Можливі сімейні навантаження: так ні

о Сімейний анамнез (алергія, СДУГ...)

О Хвороби батьків (наприклад, депресія) _____

Розлучення батьків _____

О Травматичний _____ досвід _____

РОЗВИТОК ВАШОЇ ДИТИНИ

В який момент ваша дитина може перевернутися зі спини на живіт або навпаки?

В якому місяці може народитися ваша дитина:

Повзання _

Місяць Сидячи _____

Місяць Біг ___ Місяць

Скільки радості від руху виявляє ваша дитина (1=злегка, 6=завжди *рухається*)?

1

2

3

4

5

6

Як ваша дитина реагує на такі матеріали, як пісок, бруд та їжа на руках? о дуже

не любить

о не помітно

о зовсім не проти

Ваша дитина часто спотикається?

о цілком нормально о навряд чи

Наскільки ваша дитина чутлива до болю?

о сечовипускання в нормі о навряд чи

Чи розвинена у дитини дрібна моторика? (малює, вирізає, складає, хапає) о
спритна о нормально о має проблеми

Чи швидко вашій дитині стає погано, коли вона їде в машині
або гойдається?"часто майже ніколи

Чи пам'ятаєте ви фази лепету та вокалізацію вашої дитини? Фази
лепету _____ Місяць
Голосно _____ Місяць

Коли ваша дитина вимовила перше слово? _____ Місяць

Коли ваша дитина почала говорити речення з двох слів _____ Місяць
(наприклад, "візьми м'яча")?

Ваша сім'я багатомовна? о ні о так
Якщо так, то яка її рідна мова? _____

Чи помічаєте ви щось незвичне у вимові вашої дитини? о ні, так
Якщо так, то що? _____

Чи є у вас враження, що ваша дитина добре Так, ні.
чує? Чи спостерігається у вашої дитини о ні о так
надмірне слиновиділення? Чи любить ваша о ні, так
дитина багато говорити? о normalo striking

Поведінка щодо вживання алкоголю та їжі

Чи реагує ваша дитина на імена, підказки та виконує їх? о
завжди о майже завжди о майже ніколи о ніколи

Чи ходить ваша дитина до дитячого садка? о ні о так
Якщо так, то з якого часу і в яких саме? _____

Як би ви описали темперамент вашої дитини?
о енергійний о врівноважений о особливо
спокійний Чи дозволяє ваша дитина фізичний контакт? о ні о
так о багато о мало Чи контактує ваша
дитина з іншими дітьми? о ні о так Якщо так, то як
виглядає цей контакт? _____

Які особливості поведінки має ваша дитина?

- Ваша дитина хоробра? ні ні так
- Ваша дитина допитлива та зацікавлена? ні ні так
- Чи проявляє ваша дитина наполегливість у іграх та заняттях? (Які улюблені ігри вашої дитини?) ні так

З ким грає ваша дитина?

Які особливі здібності, навички та вподобання має ваша дитина?

У яких повсякденних ситуаціях ваша дитина вже є самостійною?

- Вмивання Одягання Дорога до дитячого садка
- Інше _____

Чим ще займається ваша дитина на дозвіллі?

- Гімнастика для мами та дитини - група " Малятко" та група "Пекіп Музична школа
- Дитяча гімнастика а Інше _____

Які заходи та дослідження були проведені до цього часу?

- Соціальний педіатричний центра Раннє втручання Перевірка слуху Перевірка зору
- Логопедія Працетерапія Фізіотерапія
- Інші консультаційні центри _____ Інше _____

Чи надаються допоміжні засоби (інвалідний візок, ортези, окуляри, слуховий апарат...) ? так ні

Якщо так, то які саме? _____

Чому ви зареєстрували свою дитину у нас? Що вас турбує?

Місце, дата

Підпис