

## Ftesë për këshillim dhe ekzaminim për fillim shkollë

Departamenti i Shëndetësisë  
Shërbimi mjekësor i femijëve dhe adoleshentëve

Neumarkt 15-21, 50667 Köln

Telefon: 0221/221-24786, Telefaks 0221/221-24036

E-Mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de

Internet: www.stadt-koeln.de

Mbiemri, emri, data e lindjes së fëmijës

## Sillini me vete!

**Ku:**  Në Departamentin e Shëndetësisë, dhoma

Në shkollë

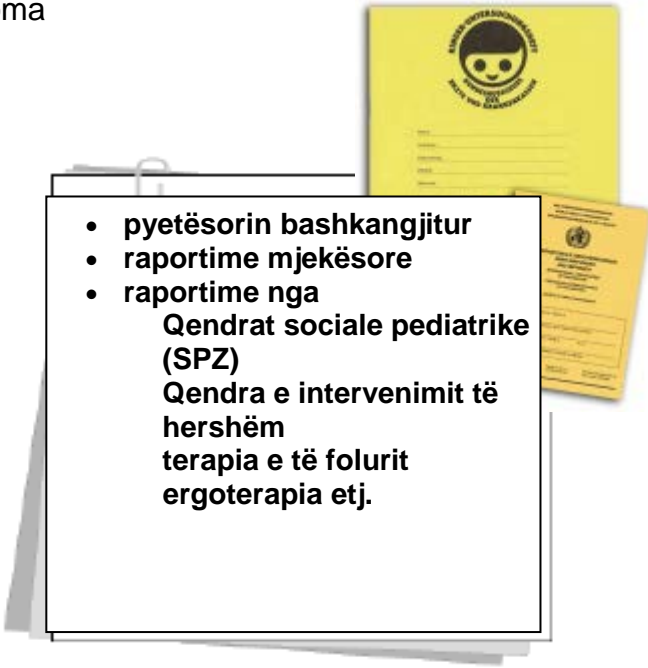
(Vula e shkollës)

**Kur:** \_\_\_\_\_

Ditë jave

Data

Ora

- 
- pyetësozin bashkangjitur
  - raportime mjekësore
  - raportime nga Qendrat sociale pediatrike (SPZ) Qendra e intervenimit të hershëm terapia e të folurit ergoterapia etj.

Të dashur prindër,

një fazë e re e jetës po fillon, fëmija juaj nis shkollën. Ne dëshirojmë t'ju ndihmojmë ju dhe fëmijën tuaj që të përballeni më mirë me jetën e përditshme shkollë nëpërmjet këshillimit dhe ekzaminimit për fillimin e shkollës, i cili kryhet nga ekipi juaj mjekësor i shkollës, nga Departamenti i Shëndetësisë.

Ky ekzaminim dhe konsultim mjekësor shkollor ndryshon nga ekzaminimet e përcaktimit të hershëm që ju bëni tek pediatri. Pra, ky ekzaminim nuk është një ekzaminim i përgjithshëm depistues, por synimi është që kalimi në shkollë të jetë sa më i mirë për fëmijën tuaj. Prandaj, vëmendje e veçantë i kushtohet aspekteve që janë të rëndësishme për jetën e përditshme shkollë, si p.sh. dëgjimi dhe shikimi, aftësitë e përgjithshme dhe specifike, zhvillimi i gjuhës, përqendrimi, perceptimi dhe zhvillimi i përgjithshëm i përshtatshëm për moshën.

Rekomandimi mjekësor shkollor, i cili merr parasysh veçanërisht aspektet shëndetësore, do t'ju komunikohet si juve ashtu edhe drejtorisë së shkollës. **Drejtoria e shkollës merr vendimin për pranimin e fëmijës suaj.**

Duke caktuar takimin e ekzaminimit, ne përpiqemi që kohën e pritjes në radhë ta shkurojmë sa më shumë. Megjithatë, për këtë ekzaminim të rëndësishëm planifikoni ju lutemi të paktën 60 minuta. Nëse keni ndonjë shqetësim në lidhje me problemet shëndetësore të fëmijës tuaj përpara fillimit të shkollës, ju lutemi na vini në dijeni. Nëse ka ndonjë pyetje që nuk duhet të diskutohet në prani të fëmijës, ju lutemi na njoftoni për këtë përpara ekzaminimit. Nëse keni ndonjë pyetje të veçantë, ju ofrojmë me kënaqësi një takim shtesë për konsultim.

Për të marrë një pasqyrë të gjendjes shëndetësore të të gjithë fëmijëve të moshës shkollore, gjetjet e mbledhura dhe masat e propozuara vlerësohen në mënyrë qendrore dhe anonime pa dhënë detaje personale. Prandaj ju kërkohet që të plotësoni me kujdes pyetësin e mëposhtëm. Për të përfaqësuar më mirë diversitetin e përbërjeve familjare, në vend të "babait", "nënës", në pyetësor ne kemi përdorur formulimet neutrale "prindi 1", "prindi 2" ose shkurt PR, me shënimin shtesë mashkull, femër, tjetër. Ju lutemi shënoni përgjigjen sipas situatës tuaj familjare dhe përdorni të njëjtin koncept vazhdimisht.

**Të dhënat tuaja këtu janë me vullnet të lirë, konfidenciale dhe i nënshtrohen konfidencialitetit mjekësor.**

Ju lutemi sillni me vete **pyetësin e plotësuar, librezën e verdhë të ekzaminimit, kartelën e vaksinave**, dhe nëse keni, edhe **raportime mjekësore** si dhe rezultatet e gjetjeve nga **Qendrat sociale pediatrike (SPZ), Qendra e intervenimit të hershëm, terapia e të folurit, ergoterapia** etj. Gjithashtu ju lutemi që statusi i vaksinimit të fëmijës tuaj të kontrollohet nga pediatri dhe, nëse është e nevojshme, të plotësohet.

Vëllezërit dhe motrat e fëmijës mund të shkaktojnë shqetësim dhe shpërqendrim gjatë ekzaminimit. Prandaj ju kërkohet, për aq sa mundeni, të mos sillni asnjë vëlla a motër me vete pa një mbikëqyrës të përshtatshëm.

Ne ju falënderojmë paraprakisht për përpjekjet tuaja. Ju urojmë juve dhe fëmijës tuaj shumë gëzim dhe sukses në këtë fazë të re të jetës.

Me respekt

Me porosi

Ekipi juaj mjekësor shkollor i Departamentit të Shëndetësisë Köln

**Informacion për fëmijët ose prindërit me aftësi të kufizuara:**

Nëse ju, si prind shoqëruës ose fëmijë, keni nevojë për akses pa pengesa në dhomat e ekzaminimit, ju lutemi na kontaktoni (me telefon, email ose faks) në mënyrë që ekzaminimi të planifikohet në një dhomë të përshtatshme në kohën e duhur.

**Informacion për fëmijët ose prindërit që nuk dëgjojnë:**

Nëse ju si prind shoqëruës ose fëmijë keni nevojë për një përkthyes shenjash, ju lutemi na kontaktoni (me telefon, email ose faks) në mënyrë që ekzaminimi të planifikohet në kohë me pjesëmarrjen e një përkthyesi të shenjave.



**Të gjitha të dhënat janë me vullnet të lirë dhe do të trajtohen në mënyrë konfidenciale.**

Fletë anamneze për ekzaminimet nga shërbimi mjekësor i fëmijëve dhe adoleshentëve

01 **Sa kohë ka që familja jeton në Gjermani?**

01.1 - **Fëmija:** që nga lindja  që nga viti \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

01.2 - **PR 1: mashkull  femër  të tjera**  që nga lindja  që nga viti \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

01.3 - **PR 2: mashkull  femër  të tjera**  që nga lindja  që nga viti \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

02 **Cila gjuhë flitej kryesisht me fëmijën në shtëpi në tre vitet e para të jetës (gjuha amtare)?**

Gjermanisht  Gjuhë tjetër  Cila? \_\_\_\_\_

03 **Cilat gjuhë të tjera fliten në familje?**

\_\_\_\_\_

04 **Sa kohë ka fëmija juaj që shkon në kopsht? \_\_\_ . \_\_\_ . 201 \_\_\_** nuk shkon fare   
(dita | muaji | viti)

Rruga dhe numri i hyrjes së kopshtit: \_\_\_\_\_

05 **A ishte në gjendje fëmija juaj të ecte lirshëm kur ishte 18 muajsh?** po  jo

06 **A mund të fliste fëmija juaj 50 fjalë në moshën 2 vjeçare?** po  jo

07 **A është fëmija juaj i thatë gjatë ditës (nuk urinon)?** po  jo

08 **A është fëmija juaj i thatë gjatë natës (nuk urinon)?** po  jo

09 **A ka ndonjë veçori të veçantë në zhvillimin e fëmijës suaj?**

09.1 - **Çrregullime të gjumit** po  jo

09.2 - **Aksidente** (vetëm aksidente të shpeshta ose të rënda) po  jo

09.3 - **Sëmundjet kronike** (p.sh. alergji, astma, epilepsi, diabeti ) po  jo

Nëse po, cilat? \_\_\_\_\_

09.4 - **A ka nevojë fëmija juaj për medikamente?** po  jo

Nëse po, cilin? \_\_\_\_\_

10 **Si është vlerësimi juaj personal? Fëmija im**

10.1 - **mund të përqendrohet për një kohë mjaftueshëm të gjatë.** po  jo

10.2 - **mund të tregojë në përputhje me moshën që ka.** po  jo

10.3 - **mund të pikturojë në përputhje me moshën që ka.** po  jo

10.4 - **shkon mirë me fëmijët e tjerë.** po  jo

10.5 - **është më i paqetë/nervoz se zakonisht për moshën e tij.** po  jo

10.6 - **është më i frikësuar se zakonisht për moshën e tij.** po  jo

11 **Është fëmija juaj**  
tepër i dobët?  me peshë normale?  tepër i shëndoshë?

12 **Fëmija im ndjek rregullisht një klub sportiv / klub noti.** po  jo

13 **Fëmija im**

13.1 - **Ka këto pajisje në dhomën e fëmijëve:**

asnjë  TV  PC  Pajisje loje (Playstation / X-Box / Wii)

13.2 - **shikon mesatarisht në ditë televizor ose luan në kompjuter ose me një telefon celular/tablet/pajisje loje** (Ju lutemi merrni parasysh edhe fundjavën)

gjithsej \_\_\_\_\_ minuta në ditë.

14 **Masat mbështetëse deri tani për fëmijën tuaj**

(Diagnostifikim / këshilla / terapi):

po  jo

14.1 - **Nëse po, ju lutemi shënoni cilën:**

Trajnim gjuhësor në kopsht  Qendra e intervenimit të hershëm  SPZ

Ergoterapi  Terapi të foluri  Fizioterapi / terapi lëvizjeje

Këshillim / terapi psikologjike  Këshillim familjar

Të jera  Cilat? \_\_\_\_\_

15 **Vëllezërit e motrat që jetojnë në shtëpi:** (vetëm viti i lindjes) asnjë

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

16 **Karakteristikat e veçanta të kujdestarisë** (p.sh. ndalimi i kontaktit nga një prind, refuzimi për të dhënë informacion, etj.)

16.1 **Familja jonë kujdeset nga një**

Kujdestar ligjor  Ndhmës i familjes  Nuk ka ndonjë kujdesje

17 **Pyetësi u plotësua nga:** (Ju lutemi vetëm shënoni me kryq)

Prindërit së bashku  PR 1  PR 2  Gjyshërit

Të afërm të tjerë  Prindër përkujdesës/birësues  Kujdestar

18 **Çfarë dëshironi të diskutoni me mjeken/un?**