

**Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**

Neumarkt 15-21, 50667 Köln

تلفن: 221-24786/0221، تلففکس 24036-221/0221

E-Mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de

وبسایت: www.stadt-koeln.de

**دعوت به معاینه ورودی مدرسه
و مشاوره مدرسه**

نام خانوادگی، نام، تاریخ تولد کودک

**لطفا همراه با خود
بیاورید!**

مکان: □ در بخش بهداشت، اتاق

□ در مدرسه

(مهر مدرسه)	
زمان:	
روز هفته	
ساعت	تاریخ

- پرسشنامه‌های ضمیمه
- گزارش‌های پزشکی
- گزارش‌های
- مرکز درمان اجتماعی کودکان (SPZ)
- مرکز حمایت اولیه
- گفتار درمانی ...

والدین عزیز،

مرحله‌ای جدید از زندگی آغاز می‌شود - فرزند شما مدرسه را شروع می‌کند. ما می‌خواهیم به شما و کودکان کمک کنیم تا از طریق آزمون ورودی مدرسه و مشاوره که توسط تیم پزشک مدرسه شما از بخش بهداشت انجام می‌شود، بهتر با زندگی روزمره مدرسه کنار بیایید.

این معاینه و مشاوره پزشکی مدرسه با معایناتی که در پزشک اطفال با آنها آشنا هستید، متفاوت است. بنابراین این معاینه، یک معاینه غربالگری عمومی نیست، بلکه هدف این است که انتقال به مدرسه را تا حد امکان برای فرزندتان بهتر کنید. بنابراین، به جنبه‌هایی که برای زندگی روزمره مدرسه مهم است، مانند توانایی شنیدن و دیدن، مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف، رشد زبانی، تمرکز، ادراک و رشد کلی متناسب با سن توجه ویژه‌ای می‌شود.

توصیه پزشک مدرسه، که به ویژه جنبه‌های بهداشتی را در نظر می‌گیرد، هم به شما و هم به مدیریت مدرسه اطلاع رسانی می‌شود. **مدیریت مدرسه در مورد پذیرش فرزند شما تصمیم می‌گیرد.**

با تعیین قرارهای ملاقات معاینه، سعی می‌کنیم تا حد امکان زمان انتظار برای شما کوتاه باشد. با این حال، لطفاً حداقل 60 دقیقه برای این معاینه مهم وقت بگذارید. اگر قبل از شروع مدرسه در مورد مشکلات سلامتی فرزندتان نگرانی دارید، لطفاً با آنها صحبت کنید. در صورت وجود سوالی که نباید در حضور کودک مطرح شود، لطفاً قبل از معاینه به ما اطلاع دهید. در صورتی که سوال خاصی دارید، خوشحال می‌شویم یک قرار ملاقات اضافی برای مشاوره به شما ارائه دهیم.

به منظور دستیابی به یک دید کلی از وضعیت سلامتی همه کودکان در سن مدرسه، یافته‌های جمع آوری شده و اقدامات پیشنهادی، به صورت متمرکز و ناشناس، بدون ارائه جزئیات شخصی ارزیابی می‌شوند. بنابراین از شما درخواست داریم پرسشنامه زیر را با دقت پر کنید. به منظور بهتر نشان دادن تنوع

منظومه‌های خانوادگی، به جای «پدر»، «مادر» در پرسشنامه، از قاعده رمزی خنثی «والد 1»، «والد 2» یا به اختصار ET با تبصره اضافی مرد، زن، غیره استفاده کردیم. از شما می‌خواهیم با توجه به شرایط خانوادگی خود این مورد را انتخاب کرده و همواره از آن استفاده کنید. اطلاعات شما در این مورد داوطلبانه، محرمانه و مشروط به رازداری پزشکی است.

لطفا پرسشنامه تکمیل شده، دفترچه معاینه زرد رنگ، کارت واکسیناسیون و در صورت وجود، گزارش پزشکی و همچنین یافته‌های SPZ، مرکز مداخله زود هنگام، گفتار درمانی، کار درمانی و غیره را همراه داشته باشید. همچنین از شما می‌خواهیم که وضعیت واکسیناسیون فرزندتان را توسط متخصص اطفال بررسی و در صورت لزوم تکمیل کنید.

خواهر و برادر می‌توانند باعث بی‌قراری و حواس پرتی در طول معاینه شوند. بنابراین از شما می‌خواهیم تا جایی که می‌توانید هیچ خواهر و برادری را بدون سرپرست مناسب همراه خود نیاورید.

پیشاپیش از تلاش شما سپاسگزاریم. برای شما و فرزندتان در این مرحله جدید از زندگی آرزوی شادی و موفقیت داریم.

ارادتمند شما

از طرف

تیم پزشکی مدرسه شما در اداره بهداشت کلن

برای کسب اطلاعات برای کودکان یا والدین معلول:

اگر شما به عنوان والدین یا فرزند همراه، نیاز به دسترسی بدون مانع به اتاق‌های معاینه دارید، لطفاً با من (از طریق تلفن، ایمیل یا فکس) تماس بگیرید تا معاینه در یک اتاق مناسب به موقع برنامه ریزی شود.

برای کسب اطلاعات برای کودکان یا والدین ناشنوا:

اگر شما به عنوان والدین یا فرزند همراه به مترجم زبان اشاره نیاز دارید، از شما می‌خواهم با من تماس بگیرید (از طریق تلفن، ایمیل یا فکس) تا با مشارکت مترجم زبان اشاره، معاینه به موقع برنامه ریزی شود.

تمام اطلاعات داوطلبانه بوده و با رازداری با آنها رفتار خواهد شد.

برگه شرح حال معاینات توسط خدمات پزشکی کودک و نوجوان

- 01 چند سال است که خانواده در آلمان زندگی می‌کنند؟
- 01.1 - کودک: از بدو تولد از سن _____
- 01.2 - ET 1: مذکر مونث غیره از بدو تولد از سن _____
- 01.3 - ET 2: مذکر مونث غیره از بدو تولد از سن _____
- 02 در سه سال اول زندگی (زبان مادری) در خانه بیشتر به کدام زبان با کودک صحبت می‌شد؟
آلمانی زبان دیگر کدام؟ _____
- 03 چه زبان‌های دیگری در خانواده صحبت می‌شود؟

- 04 فرزند شما چند وقت است که به مهدکودک می‌رود؟ 201_ . _ . _ هرگز
- (روز | ماه | سال)
- شماره خیابان و خانه کیتا: _____
- 05 آیا فرزند شما در 18 ماهگی قادر به آزادانه راه رفتن بود؟ بله خیر
- 06 آیا کودک شما تا سن 2 سالگی می‌توانست 50 کلمه بگوید؟ بله خیر
- 07 آیا کودک شما در طول روز خشک (خودش را خیس نمی‌کند) می‌ماند؟ بله خیر
- 08 آیا کودک شما در طول شب خشک می‌ماند؟ بله خیر
- 09 آیا رشد کودک شما ویژگی‌های خاصی دارد؟ بله خیر
- 09.1 - اختلالات خواب بله خیر
- 09.2 - تصادفات (فقط تصادفات مکرر یا شدید) بله خیر
- 09.3 - بیماری‌های مزمن (همچون آلرژی، آسم، صرع، دیابت) بله خیر
- در صورت مثبت بودن، چه دارویی؟ _____
- 09.4 - آیا کودکتان به دارو نیاز دارد؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن، چه دارویی؟ _____
- 10 ارزیابی شخصی شما چیست؟ فرزند من
- 10.1 - می‌تواند به اندازه کافی تمرکز کند. بله خیر
- 10.2 - می‌تواند متناسب به سن‌اش صحبت کند. بله خیر
- 10.3 - می‌تواند متناسب با سن‌اش نقاشی بکشد. بله خیر
- 10.4 - با بچه‌های دیگر به خوبی کنار می‌آید. بله خیر
- 10.5 - نسبت به سن خود بیش از حد معمول آشفته / بی‌قرار است. بله خیر
- 10.6 - نسبت به سن خود بیش از حد معمول مضطرب است. بله خیر

- 11 آیا فرزند شما خیلی لاغر است؟ وزن نرمال دارد؟ خیلی چاق است؟
- 12 فرزند من به طور مرتب به یک باشگاه ورزشی / باشگاه شنا می‌رود. بله خیر
- 13 فرزند من
13.1 - دارای وسایل زیر در مهد کودک است:
هیچ کدام تلویزیون PC کنسول بازی (پلی استیشن/ایکس باکس/Wii)
- 13.2 - به طور متوسط در روز تلویزیون تماشا می‌کند یا با رایانه یا تلفن همراه / تبلت / کنسول بازی می‌کند (لطفا تعطیلات آخر هفته را نیز در نظر بگیرید)
در مجموع _____ دقیقه در روز.
- 14 اقدامات حمایتی قبلی فرزند شما (تشخیص/ مشاوره/ درمان):
14.1 - در صورت وجود، لطفاً یکی را علامت بزنید:
آموزش زبان در مهدکودک مرکز مداخله زود هنگام مرکز اجتماعی کودکان
کار درمانی گفتار درمانی فیزیوتراپی/حرکت درمانی
مشاوره/درمان روانشناسی مشاوره خانواده
سایر کدام؟ _____
- 15 خواهر و برادرهایی که در خانه زندگی می‌کنند: (فقط سال تولد) هیچ کدام
_____ .1 _____ .2 _____ .3 _____ .4
_____ .5 _____ .6 _____ .7 _____ .8
- 16 ویژگی‌های خاص حضانت (به عنوان مثال، ممنوعیت تماس توسط والدین، امتناع از ارائه اطلاعات و غیره.)
- 16.1 خانواده ما تحت مراقبت
سرپرست قانونی مددکاران خانواده تحت نظارت نیست
- 17 پرسشنامه توسط زیر تکمیل شد: (لطفا فقط تیک بزنید)
والدین باهم ET 1 ET 2 پدربزرگ و مادربزرگ
دیگر اقوام والدین رضاعی/خوانده سرپرست
- 18 مایل هستید چه چیزی را با دکتر در میان بگذارید؟