

Zaproszenie na szkolne badanie wstępne i konsultację

Urząd ds. Zdrowia
Ośrodek Medyczny dla Dzieci i Młodzieży

Neumarkt 15-21, 50667 Köln

tel.: 0221/221-24786, faks 0221/221-24036

e-mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de

Internet: www.stadt-koeln.de

Nazwisko, imię, data urodzenia dziecka

Gdzie: Urząd ds. Zdrowia (Gesundheitsamt), pokój
 Szkoła

(pieczęć szkoły)

Kiedy: _____

Dzień tygodnia

Data godzina

Szanowni Rodzice,

wasze dziecko rozpoczyna nowy rozdział swojego życia – naukę w szkole. Poprzez badania wstępne i konsultację, które przeprowadza szkolny zespół medyczny Urzędu ds. Zdrowia, chcielibyśmy pomóc Wam i Waszemu dziecku lepiej radzić sobie w codziennym życiu szkolnym.

Szkolne badanie wstępne z konsultacją różni się od znanych badań profilaktycznych u lekarza pediatry. Badanie to nie jest ogólnym badaniem ukierunkowanym na wczesne wykrywanie chorób, ale jego celem jest ułatwienie dziecku jak najlepszego wdrożenia w życie szkolne. Dlatego koncentrujemy się tu na czynnikach ważnych dla codziennego życia w szkole, takich jak słuch i wzrok, motoryka duża i mała, rozwój mowy, koncentracja, percepcja i ogólny rozwój adekwatny dla wieku.

Zalecenia lekarza szkolnego, uwzględniające w szczególności kwestie zdrowotne, zostanie przekazane zarówno Wam, jak i dyrekcji szkoły. **Decyzję o przyjęciu Waszego dziecka do szkoły podejmuje dyrekcja placówki.**

Podczas rejestracji terminów wizyt staramy się, aby czas oczekiwania na badania był jak najkrótszy. Prosimy jednak o przeznaczenie co najmniej 60 minut na to ważne badanie. Jeśli występują jakiegokolwiek obawy przed rozpoczęciem nauki w szkole, związane ze stanem zdrowia Waszego dziecka, prosimy o poinformowanie nas o tym. Jeśli są jakieś pytania, które nie powinny być

Co należy ze sobą zabrać:



- załączony kwestionariu
- karty informacyjne pacjenta
- sprawozdania wystawione przez
Centra Pediatrii Społecznej (SPZ)
ośrodek wczesnego wspomaganie
rozwoju dziecka
logopedę
ergoterapeutę...

omawiane w obecności dziecka, prosimy o przekazanie tej informacji przed badaniem. W razie pytań specjalnych z przyjemnością zaproponujemy Wam dodatkowy termin konsultacji.

W celu uzyskania należytego przeglądu stanu zdrowia wszystkich dzieci rozpoczynających naukę w szkole, wyniki badań i proponowane działania będą oceniane centralnie i anonimowo, bez podawania danych osobowych. Dlatego prosimy o uważne wypełnienie poniższego kwestionariusza. Aby lepiej oddać różnorodność stosunków rodzinnych, w niniejszym kwestionariuszu, zamiast sformułowań „ojciec” i „matka”, podaliśmy bardziej neutralne „rodzic 1”, „rodzic 2”, w skrócie RO, z odniesieniem do płci: męska, żeńska, inna. Prosimy o wybór tych sformułowań odpowiednio do własnej sytuacji rodzinnej i o dalsze już stałe ich stosowanie.
Informacje podawane są dobrowolnie, traktowane jako poufne i podlegają tajemnicy lekarskiej.

Prosimy zabrać ze sobą **wypełniony kwestionariusz, żółtą książeczkę badań, kartę szczepień**, w miarę możliwości również karty informacyjne pacjenta oraz wyniki z **Centrów Pediatrii Społecznej, ośrodka wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, od logopedy, ergoterapeuty** itd.

Prosimy również o sprawdzenie stanu szczepień dziecka u pediatry i w razie potrzeby o ich uzupełnienie.

Rodzeństwo towarzyszące podczas badania może powodować niepokój i rozpraszać uwagę przyszłego ucznia. Dlatego prosimy, aby w miarę możliwości nie przyprawiać rodzeństwa bez odpowiedniego opiekuna.

Z góry dziękujemy za współpracę! Życzymy Wam i Waszemu dziecku wiele radości i sukcesów na tym nowym etapie życia.

Z pozdrowieniami

Z upoważnienia

Szkolny zespół medyczny Urzędu ds. Zdrowia w Kolonii

Informacja dla dzieci lub rodziców z niepełnosprawnością ruchową:

Jeśli towarzyszący rodzic lub dziecko potrzebuje bezbarierowego dostępu do pomieszczeń, w których będzie przeprowadzane badanie, proszę o wcześniejszy kontakt ze mną (telefonicznie, mailowo lub faksem), aby odpowiednio wcześniej można było zaplanować wykonanie badania w odpowiednim pomieszczeniu.

Informacja dla dzieci lub rodziców niesłyszących:

Jeśli towarzyszący rodzic lub dziecko potrzebuje pomocy tłumacza języka migowego, proszę o wcześniejszy kontakt ze mną (telefonicznie, mailowo lub faksem), aby odpowiednio wcześniej można było zaplanować asystę tłumacza języka migowego.

Wszystkie dane są przekazywane dobrowolnie i będą traktowane jako poufne.

Kwestionariusz wywiadu medycznego do badań przeprowadzanych przez Ośrodek Medyczny dla Dzieci i Młodzieży

01 Od kiedy rodzina mieszka w Niemczech?

01.1 - **Dziecko:** od urodzenia od roku ____ _

01.2 - **RO 1: płeć męska** **żeńską** **inną** od urodzenia od roku ____ _

01.3 - **RO 2: płeć męska** **żeńską** **inną** od urodzenia od roku ____ _

02 W jakim języku przeważnie komunikowano się z dzieckiem w domu (język ojczysty) w ciągu pierwszych trzech lat życia?

j. niemiecki inny język jaki? _____

03 W jakich innych językach, poza podanym, odbywa się komunikacja w rodzinie?

04 **Od kiedy dziecko uczęszcza do przedszkola?** ____ . ____ . 201 ____ nie uczęszcza
(dzień | miesiąc | rok)

Ulica i numer domu przedszkola: _____

05 **Czy dziecko potrafiło już samodzielnie chodzić w wieku 18 miesięcy?** tak nie

06 **Czy dziecko potrafiło wypowiedzieć 50 słów w wieku 2 lat?** tak nie

07 **Czy dziecko już nie moczy się w ciągu dnia?** tak (nie moczy się)
nie (moczy się)

08 **Czy dziecko już nie moczy się w nocy?** tak (nie moczy się)
nie (moczy się)

09 Czy są jakieś nieprawidłowości w rozwoju dziecka?

09.1 - **Zaburzenia snu** tak nie

09.2 - **Wypadki** (tylko częste lub poważne wypadki) tak nie

09.3 - **Choroby przewlekłe** (np. alergie, astma, padaczka, cukrzyca) tak nie

Jeśli tak, jakie? _____

09.4 - **Czy dziecko wymaga przyjmowania leków?** tak nie

Jeśli tak, jakich? _____

10 Prosimy podać swoją osobistą ocenę? Moje dziecko

10.1 - **potrafi koncentrować się wystarczająco długo.** tak nie

10.2 - **potrafi opowiadać adekwatnie do wieku.** tak nie

10.3 - **potrafi malować adekwatnie do wieku.** tak nie

- 10.4 - dobrze dogaduje się z innymi dziećmi. tak nie
- 10.5 - jest bardziej niespokojne/ruchliwe niż to normalne w jego wieku. tak nie
- 10.6 - jest bardziej lęklive niż to normalne w jego wieku. tak nie

11 **Czy dziecko**

jest za chude? ma normalną masę ciała? jest za grube?

- 12 **Moje dziecko regularnie uczęszcza do klubu sportowego/na basen.** tak nie

13 **Moje dziecko**

- 13.1 - ma następujące urządzenia w swoim pokoju:

nie ma żadnych telewizor komputer konsola do gier (Playstation/X-Box/Wii)

- 13.2 - **ogląda telewizję lub gra na komputerze lub telefonie komórkowym/tablecie/konsoli do gier średnio w ciągu dnia** (prosimy uwzględnić również weekendy)
łącznie przez _____ minut dziennie.

14 **Czy do tej pory podejmowano działania w ramach wspomaganie rozwoju dziecka**

(diagnostyka/konsultacje/leczenie): tak nie

- 14.1 - **Jeśli tak, prosimy o zakreślenie, które z poniższych:**

Wsparcie nauki mowy w przedszkolu ośrodka wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Centrum Pediatrii Społecznej (SPZ)

Ergoterapia Logopedia Gimnastyka lecznicza/terapia ruchowa

Doradztwo/terapia psychologiczna Poradnictwo rodzinne

inne Jakie? _____

- 15 **Rodzeństwo mieszkające w gospodarstwie domowym:** (tylko rok urodzenia) brak

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

- 16 **Szczególne informacje dotyczące prawa do sprawowania opieki nad dzieckiem** (np. zakaz kontaktu z jednym z rodziców, odmowa udzielenia informacji itp.)

16.1 **Nasza rodzina znajduje się pod opieką**

kuratora socjalny asystent rodziny nie znajduje się pod opieką

17 **Kwestionariusz został wypełniony przez:** (prosimy zaznaczyć krzyżykiem)

Rodziców, wspólnie RO 1 RO 2 Dziadków

Inni krewni Rodzice adopcyjni/opiekunowie z rodziny zastępczej Opiekunowie

18 **Co Wy chcielibyście omówić z lekarzem?**