

Приглашение на медицинский осмотр и консультацию перед поступлением в школу

Фамилия, имя, дата рождения ребенка

Где: В управлении здравоохранения, кабинет

В школе

(Штамп школы)

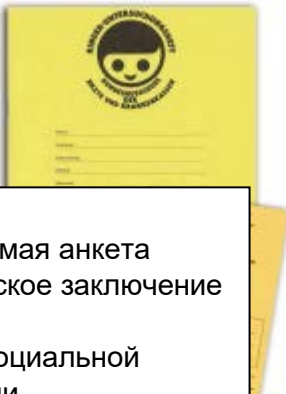
Когда: _____

День недели

Дата

Время

Имейте при себе!

- 
- прилагаемая анкета
 - медицинское заключение
 - отчеты
центра социальной
педиатрии
центра содействия
развитию детей
дошкольного возраста
об языковой терапии
об эрготерапии

Дорогие родители,

начинается новый этап жизни – ваш ребенок пойдет в школу. Путем проведения медицинского осмотра и консультации, которые проводятся коллективом школьных врачей управления здравоохранения, мы хотели бы помочь вам и вашему ребенку быстрее сориентироваться в повседневной школьной жизни.

Этот школьный медицинский осмотр и консультация отличается от известных вам профилактических осмотров у педиатра. Это обследование не является скрининговым исследованием для ранней диагностики, оно необходимо для того, чтобы процесс перехода в школу вашего ребенка прошел наиболее благоприятно. Поэтому особое внимание уделяется тем аспектам, которые важны в повседневной школьной жизни. К ним относятся слуховые и зрительные способности, крупная и мелкая моторика, речевое развитие, концентрация, восприятие и общее развитие, соответствующее возрасту.

Вам и руководству школы будет передана рекомендация школьного врача, в которой особое внимание обращается на аспекты, относящиеся к здоровью. **Решение о приеме вашего ребенка принимает руководство школы.**

При назначении даты и времени осмотра мы стараемся максимально сократить время вашего

ожидания. Однако отведите не менее 60 минут на этот важный осмотр. Если перед приемом в школу вас беспокоит состояние здоровья вашего ребенка, обратитесь, пожалуйста, к нам. Если есть вопросы, которые не хочется обсуждать в присутствии ребенка, сообщите нам об этом до осмотра. Если у вас возникнут особые вопросы, мы предоставим вам дополнительную консультацию.

Чтобы получить общее представление о состоянии здоровья всех детей, принимаемых в школу, собранные данные осмотра и предлагаемые меры оцениваются централизованно и анонимно без указания личных данных. Поэтому просим вас внимательно заполнить нижеследующую анкету. Чтобы лучше отразить многообразие типов семей, в следующей анкете вместо слов «отец», «мать» мы употребили нейтральные формулировки «родитель 1», «родитель 2» или для краткости «Р» с указанием мужского, женского, другого пола. Просим вас сделать выбор в соответствии с вашей семейной ситуацией и использовать постоянно.

Ваши сведения являются конфиденциальными. Они предоставляются в добровольном порядке и составляют врачебную тайну.

При себе необходимо иметь **заполненную анкету, протокол осмотра желтого цвета, паспорт прививок** и, при наличии, **медицинские заключения**, а также отчеты **центра социальной педиатрии, центра содействия развитию детей дошкольного возраста, отчеты об языковой терапии, эрготерапии** и т. д.

Братья и сестры могут создавать предпосылки для беспокойства и отвлекать внимание во время осмотра. Поэтому просим вас по возможности не приводить братьев и сестер, если за ними некому будет присматривать.

Заранее благодарим вас за ваши усилия. Желаем вам и вашему ребенку успехов и радости на этом новом этапе жизни.

С наилучшими пожеланиями

От имени

коллектива школьных врачей управления здравоохранения Кельна

Информация для детей, которые испытывают трудности при передвижении, или их родителей:

Если вам, как сопровождающему родителю или вашему ребенку нужен безбарьерный доступ в помещения для осмотра, свяжитесь, пожалуйста, со мной (по телефону, электронной почте или факсу), чтобы заблаговременно запланировать осмотр в подходящем помещении.

Информация для детей, которые лишены слуха, или их родителей:

Если вам, как сопровождающему родителю или вашему ребенку нужен сурдопереводчик, свяжитесь, пожалуйста, со мной (по телефону, электронной почте или факсу), чтобы заблаговременно запланировать осмотр с участием сурдопереводчика.



Все сведения предоставляются в добровольном порядке и не подлежат разглашению.

Анамнестическая анкета для осмотров, осуществляемых службой медицинской помощи детям и подросткам

01 **С какого времени семья живет в Германии?**

01.1 - ребенок: с рождения
с ___ __ __ __ года

01.2 - Р 1: мужской пол женский пол другой пол с рождения
с ___ __ __ __ года

01.3 - Р 2: мужской пол женский пол другой пол с рождения
с ___ __ __ __ года

02 **На каком языке преимущественно говорили с ребенком дома в первые три года жизни (родной язык)?**

Немецкий другой язык какой? _____

03 **На каких еще языках говорят в семье?**

04 **С какого времени ваш ребенок посещает детский сад? ___ . ___ . 201__ не посещает**
(день | месяц | год)

Улица и номер дома, где расположен детский сад: _____

05 **Мог ли ваш ребенок самостоятельно ходить в 18 месяцев?** да нет

06 **Мог ли ваш ребенок в возрасте 2 лет выговаривать 50 слов?** да нет

07 **Остается ли ваш ребенок сухим в течение дня?** да нет

08 **Остается ли ваш ребенок сухим в течение ночи?** да нет

09 **Есть ли какие-то особенности в развитии вашего ребенка?**

09.1 - **Нарушения сна** да нет

09.2 - **Травмы** (только частые или серьезные травмы) да нет

09.3 - **Хронические заболевания** (например, аллергия, астма, эпилепсия, диабет) да нет

Если да, то какие? _____

09.4 - **Нужны ли вашему ребенку лекарства?** да нет

Если да, то какие? _____

10 **Какова ваша личная оценка? Мой ребенок**

10.1 - **может достаточно долго концентрировать свое внимание.** да нет

- 10.2 - может что-либо рассказывать в соответствии с возрастом. да нет
- 10.3 - может рисовать в соответствии с возрастом. да нет
- 10.4 - находит общий язык с другими детьми. да нет
- 10.5 - ребенок более беспокойный / непоседливый, чем обычно в его возрасте. да нет
- 10.6 - более тревожен, чем обычно в его возрасте. да нет

11 **Ваш ребенок**

имеет недостаточный вес? имеет нормальный вес? имеет чрезмерный вес?

12 **Мой ребенок регулярно посещает спортивный клуб / плавательное общество.**

да нет

13 **Мой ребенок**

13.1 - располагает следующими устройствами, которые находятся в детской комнате:

нет телевизор ПК игровая приставка (Playstation/X-Box/Wii)

13.2 - смотрит телевизор, играет на компьютере или на мобильном телефоне/планшете/ игровой приставке в среднем в день (учитывайте также выходные)

всего _____ минут в день.

14 **Предыдущие меры содействия развитию вашего ребенка**

(диагностика/консультации/терапия):

да нет

14.1 - Если да, отметьте, какие:

Развитие речи в детском саду

Центр содействия развитию детей дошкольного возраста Центр социальной педиатрии

Эрготерапия Языковая терапия ЛФК/Двигательная терапия

Психологическое консультирование/лечение Семейная консультация

другие Какие? _____

15 **Братья и сестры, проживающие в домохозяйстве:** (только год рождения) нет

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

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

16 **Особенности опеки** (например, запрет на контакты родителями, отказ в предоставлении информации и т. д.)

16.1 **Нашей семье оказывает поддержку**

опекун помощник по семье никто не оказывает поддержку

17 **Анкета была заполнена:** (пожалуйста, отметьте только один квадрат)

обоими родителями Р 1 Р 2 бабушкой и дедушкой

другими родственниками попечителями/приемными родителями опекуном

18 **Что бы вы хотели обсудить с врачом?**