

## Hastalık geçmişi formu

Bu formun doldurulmasıyla ilgili bilgiler:

Lütfen uygun şekilde doldurun veya işaretleyin

Okula giriş muayenesini tamamlayabilmemiz ve size profesyonel danışmanlık sunabilmemiz için aşağıdaki bilgileri sağlamanızı rica ediyoruz. Veri işleme, diğer hususların yanı sıra Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun (GDG) 12. maddesi 1. paragrafı, Okul Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin (SchulgespflV) 6. maddesi 1. paragrafının 1. bendine dayalıdır. Veri işlemeye ilgili daha fazla bilgiyi, okula giriş muayenesi davetiyesiyle birlikte aldığınız veri koruma bilgilerinde bulabilirsiniz.

Çocuğun soyadı	Çocuğun adı	Doğum tarihi	Kardeş sayısı <input type="text"/>
Çocuğun uyuğu	Çocuğun doğduğu ülke	Gündüz bakımevine/kreşe/anaokuluna gittiği süre (yıl olarak)	<input type="text"/>
Yasal vasinin soyadı ve adresi Soyadı..... Ad..... Posta kodu, Yer..... Sokak..... Tel. No.....			
<b>Hamilelik ve doğum süreci (sarı defterdeki bilgiler)</b>			
Doğum kilosu:  _ _ _ _  gram tamamlanan hamilelik haftası:  _ _  THH <input type="checkbox"/> Çoklu doğum			
<b>Gelişim</b>			
Gelişim sırasında dil bozuklukları	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Çocuk çok dilli büyüyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Almanca iletişim	<input type="checkbox"/> Doğumdan beri	<input type="checkbox"/> Doğumdan beri değil	
Almanca iletişim doğumdan beri değilse kaç yaşından itibaren?  _  yıl  _ _  ay			
Ebeveynlerin ana dili nedir (lütfen her iki ebeveyn için de belirtin)?			
<input type="checkbox"/> Almanca	<input type="checkbox"/> Diğer (Hangi dil?): _____		
<input type="checkbox"/> Almanca	<input type="checkbox"/> Diğer (Hangi dil?): _____		
Evinizde hangi diller konuşuluyor?	<input type="checkbox"/> Almanca	<input type="checkbox"/> Diğer dil(ler)	
Çocuğunuz	<input type="checkbox"/> Sağlak	<input type="checkbox"/> Solak	<input type="checkbox"/> Henüz kararsız
Genel olarak çocuğunuzun şu alanların birinde veya birkaçında zorluk yaşadığını söyleyebilir misiniz: Ruh hali (depresif, kaygılı, değişken, fevri), konsantrasyon (uzun süre sabit oturamıyor, okuma sırasında dikkatli şekilde dinlemiyor), başkalarıyla iletişim, davranış?			
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
<b>Destek konusunda önlemler ve uygulamalar</b>			
Almanca hazırlık kursuna katılım	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Planlandı
Konuşma terapisi (Logopedi)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Tamamlandı	<input type="checkbox"/> Şu anda devam ediyor <input type="checkbox"/> Planlandı
<b>Önceki hastalıklar veya sağlıksal kısıtlamalar ile ilgili bilgiler</b>			
Çocuğunuz hiç göz doktoruna muayene oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Evetse: Aşağıdakiler tespit edildi veya belirtildi:			
<input type="checkbox"/> Önemsiz bulgular	<input type="checkbox"/> Gözlük yazıldı		
<input type="checkbox"/> Uzağı görmeme (Miyopi)	<input type="checkbox"/> Yakını görmeme (Hipermetropi)	<input type="checkbox"/> Şaşılık	

Çocuğunuzla geçen 12 ay içinde dış doktora gittiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Doğuştan ciddi işitme kaybı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
<i>Yanıtınız evetse, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayın:</i>				
Doğuştan işitme kaybı	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Her iki taraf	
İşitme cihazı var	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Her iki taraf	
Koklear implant var	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Her iki taraf	
Metabolik/hormonal bozukluklar (yalnızca tıbbi olarak teşhis edilmiş bulgular)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
<i>Evetse hangileri:</i>	<input type="checkbox"/> MCAD eksikliği	<input type="checkbox"/> Hipotiroidi (doğuştan)	<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS
	<input type="checkbox"/> Kistik fibrozis	<input type="checkbox"/> Diyabet (Tip 1)	<input type="checkbox"/> Diyabet (Tip 2)	
	<input type="checkbox"/> Diğer: .....			
<i>Tanı koyulduğu yaş:</i>	_     _   _  (yıl / ay)			
Diğer kronik hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Evet ( <i>Hangileri?</i> ): .....			<input type="checkbox"/> Hayır
İleri derecede engellilik:	<input type="checkbox"/> Evet ( <i>Hangileri?</i> ): .....			<input type="checkbox"/> Hayır
Düzenli alınan ilaçlar:	<input type="checkbox"/> Evet ( <i>Hangileri?</i> ): .....			<input type="checkbox"/> Hayır
Çocuğunuzun acil durumlarda belirli prosedürler gerektiren hastalıklarını biliyor musunuz (ör. Alerjiler, epilepsi vb.)?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
<i>Evetse hangileri?</i>	.....			
<b>Ailede (ebeveynler, kardeşler) şunlar var mı?</b>				
▶ Okuma-yazma zorlukları (Legasteni)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet		
▶ Matematiksel hesaplama zorlukları (Diskalkuli)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet		

Doldurma tarihi: .....

### Yasal vasinin gönüllü verdiği bilgiler

Aşağıdaki bilgilerin verilmesi **gönüllülük esasına dayanır**. Ancak önleyici tedbirlerin geliştirilmesi için verdiğiniz bilgiler önemlidir. Veri işlemeyle ilgili daha fazla bilgiyi, okula giriş muayenesi davetiyesiyle birlikte aldığınız **veri koruma bilgilerinde** bulabilirsiniz.

Yanıtlarınız LGL ile anonim biçimde paylaşılır. LGL ile paylaşım onayınızı sizin için yetkili olan sağlık dairesine bildirerek geri çekerseniz bu veriler LGL ile paylaşılmaz. LGL ile paylaşımından sonra onayınızı geri çekerseniz verilerinizin diğer verilerle birleştirilip anonim olarak değerlendirilmiş olma olasılığı vardır ve bu nedenle onay geri çekilemeyebilir.

#### Onay beyanı:

Bu kişinin yasal vasisi olarak

**Çocuğun adı ve soyadı:** \_\_\_\_\_

**Doğum tarihi:** \_\_\_\_\_

aşağıdaki soruların yanıtlarını kabul ediyoruz / kabul ediyorum.

Katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğunu ve iptal edilebileceğini, herhangi bir yasal zarar görmeden katılımı reddedebileceğimizi / reddedebileceğimi veya onayı geri çekebileceğimizi / çekebileceğimi biliyoruz / biliyorum.

Yer, Tarih

Yasal vasinin/vasilerin imzası

Hanedeki yetişkin sayısı

Hangi ülkede doğdunuz? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

Almanya'da

Başka bir ülkede

Almanya'da

Başka bir ülkede

Uyruğunuz nedir? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

Alman

Alman + Diğer

Diğer

Alman

Alman + Diğer

Diğer

Öğrenim durumunuz nedir? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

(Henüz) okul diploması yok

Ortaöğretim diploması (Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss/ Quali)

Ortaöğretim diploması (orta derece) (Realschulabschluss (Mittlere Reife))

Genel/meslek yüksekokulu derecesi

Yüksek okul/üniversite diploması

Aşağıdaki çalışma bilgilerinden hangisi size uygundur? (Lütfen her iki ebeveyn için de belirtin.)

Haftalık çalışma saati 35 saat veya daha fazla olmak üzere tam zamanlı çalışan

Haftalık çalışma saati 15 ila 34 saat olmak üzere yarı zamanlı çalışan

Haftalık çalışma saati 15 saat altında olmak üzere yarı zamanlı veya saatlik çalışan

Geçici izinli ör. doğum izni

Stajyer/çırak/yeniden eğitim gören

Şu anda çalışmıyor ve iş aramıyor (ör. Ev hanımı/adamı, öğrenci, emekli)

Şu anda çalışmıyor ve iş arıyor (işsiz)