

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ АНАМНЕЗА**

Указания по заполнению анкеты:

Нужное заполнить или отметить  Ответы на все или отдельные вопросы даются в добровольном порядке!

Фамилия ребенка	Имя	Дата рождения	Гражданство	Кол-во братьев/сестер												
Родной язык (мать/отец)	Родной язык (отец/мать)	Кол-во взрослых в семье	Посещение яслей/дневных яслей/детского сада <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> года													
Фамилия и адрес воспитывающего .....Фамилия..... Имя.....Почтовый индекс, город..... .....ул./№ дома .....Тел.....																
<b>Течение беременности и родов</b>																
Вес при рождении:  _ _ _ _  гр.    Полный срок беременности в неделях:  _ _  нед. <input type="checkbox"/> Рождение нескольких близнецов																
<b>Развитие</b>																
Была ли у Вашего ребенка <u>когда-либо</u> выявлена задержка в развитии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет																
Речевые особенности в развитии <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Самостоятельная ходьба до 18 мес. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
Первые слова (напр., «мама», «папа») до 18 мес. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Ребенок растет в многоязычной семье <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
Общение на немецком языке <input type="checkbox"/> с момента рождения <input type="checkbox"/> не с момента рождения Если общение на немецком языке происходит не с момента рождения, то с какого возраста? <div style="text-align: right;"> _  лет  _ _  месяцев</div>																
Является ли Ваш ребенок <input type="checkbox"/> правой <input type="checkbox"/> левой <input type="checkbox"/> еще не определился																
<b>Было или имеется ли у Вашего ребенка одно из следующих заболеваний либо какие-то ограничения по здоровью?</b>																
Нарушения зрения <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да    Лечение косоглазия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да    Очки <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Серьезные нарушения слуха? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> врожденное серьезное нарушение слуха</td> <td><input type="checkbox"/> слева</td> <td><input type="checkbox"/> справа</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> приобретенное сохраняющееся нарушение слуха</td> <td><input type="checkbox"/> слева</td> <td><input type="checkbox"/> справа</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> слуховой аппарат с</td> <td>слева .....месяц/год</td> <td>справа ..... месяц/год</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> имплантант Cochlea с</td> <td>слева .....месяц/год</td> <td>справа.....месяц/год</td> </tr> </table> Врожденные нарушения обмена веществ/гормональные нарушения: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?): <input type="checkbox"/> Дефицит MCAD <input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Фенилкетонурия <input type="checkbox"/> Адреногенитальный синдром <input type="checkbox"/> Муковисцидоз <input type="checkbox"/> Сахарный диабет (тип 1) <input type="checkbox"/> Сахарный диабет (тип 2) Прочие хронические заболевания: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):..... Тяжелая форма инвалидности: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):..... Регулярно применяемые медикаменты: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (Какие?):..... Известны ли Вам какие-либо заболевания Вашего ребенка, которые в экстренных случаях требуют принятия особых мер (например, аллергические реакции, эпилепсия и т. д.)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то какие? .....					<input type="checkbox"/> врожденное серьезное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> приобретенное сохраняющееся нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа	<input type="checkbox"/> слуховой аппарат с	слева .....месяц/год	справа ..... месяц/год	<input type="checkbox"/> имплантант Cochlea с	слева .....месяц/год	справа.....месяц/год
<input type="checkbox"/> врожденное серьезное нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа														
<input type="checkbox"/> приобретенное сохраняющееся нарушение слуха	<input type="checkbox"/> слева	<input type="checkbox"/> справа														
<input type="checkbox"/> слуховой аппарат с	слева .....месяц/год	справа ..... месяц/год														
<input type="checkbox"/> имплантант Cochlea с	слева .....месяц/год	справа.....месяц/год														
<b>Участвовал ли Ваш ребенок когда-нибудь в развивающих мероприятиях или проходил курсы лечения?</b>																
Участие в подготовительном курсе немецкого языка <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Логотерапия (логопедия) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано Поддержка раннего развития/лечебная педагогика/эрготерапия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пройдено <input type="checkbox"/> Идет по сей день <input type="checkbox"/> Запланировано																

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ АНАМНЕЗА**

Лечебная физкультура

Нет  Пройдено  Идет по сей день  Запланировано

Детский врач/домашний врач: .....

.....  
Место, дата

.....  
Подпись воспитывающего