

Formun doldurulması için bilgiler:

Doğru olanları doldurunuz ya da çarpı koyunuz Soruların tek birinin ya da bir kaçının yanıtlanması gönüllüdür!

Çocuğun soyadı	Adı	Doğum tarihi	Vatandaşlığı	Kardeşlerin sayısı
Annesinin anadili	Babasının anadili	Evde yaşayan reşit sayısı	Yuva/kreş/Anaokuluna gittiği yılların sayısı	<input type="text"/> Yıl
Velayet sahibi ebeveynin ya da ebeveynlerin ad ve adresleri Soyadı.....Adı.....Şehir..... Cadde.....No.....Telefon No.....				
Gebelik ve doğum seyri				
Doğum ağırlığı: _ _ _ _ Gramm Bitmiş gebelik haftası: _ _ <input type="checkbox"/> Çoklu doğum				
Gelişimi				
Çocuğunuzda hiç gelişim geriliği tespit edildimi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Gelişiminde olumsuz dil belirtileri <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		18. aylık olana kadar tutunmadan yürümek <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
İlk kelimeleri (örneğin anne, baba, araba gibi) 18. aylık olana kadar <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Çocuk iki dilli yetiştiriyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Almanca ile temas <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren <input type="checkbox"/> doğumdan itibaren değil Almanca ile temas doğumdan itibaren değilse, hangi yaştan itibaren vardır? _ yıl _ _ ay				
Çocuğunuz... <input type="checkbox"/> sağ elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> sol elini mi kullanıyor? <input type="checkbox"/> Henüz belli değil				
Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklar ve sağlığını kısıtlayıcı başka özellikler geçmişte ya da şimdi söz konusu mu?				
Görme bozukluğu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Şaşılık tedavisi <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Gözlük <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Ağır işitme <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Eğer evet olarak yanıtladıysanız, lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız:				
<input type="checkbox"/> doğuştan ağır işitme <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ				
<input type="checkbox"/> doğuştan sonra gelişmiş işitme bozukluğu <input type="checkbox"/> sol <input type="checkbox"/> sağ				
<input type="checkbox"/> bu tarihten beri işitme cihazı kullanır solay/sene sağay/sene				
<input type="checkbox"/> bu tarihten beri Cochlea-İmplantı var solay/sene sağay/sene				
Doğuştan metabolizma/hormon bozukluğu: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri):				
<input type="checkbox"/> CoA dehidrogenaz eksikliği <input type="checkbox"/> Hypothyroidism <input type="checkbox"/> Fenilketonüri <input type="checkbox"/> Adrenogenital sendrom <input type="checkbox"/>				
Mukovisidoz <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı (Tip 1) <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı (Tip 2)				
Diğer kronik hastalıklar: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri):.....				
Ağır engeller: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri):.....				
Düzenli olarak kullanılan ilaçlar: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Hangileri):.....				
Acil durumlarda çocuğunuzun belirli bir müdahale gerektiren hastalıkları hakkında bilginiz var mı (Örneğin Allerjiler, Epilepsi, v.s.)? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Evet ise, hangileri?				
Çocuğunuza hiç geliştirici tedbirler ya da tedaviler uygulandı mı?				
Almanca hazırlık kursuna katılım <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Dil ve Konuşma terapisi (Logopedi) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> sonuçlandı <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarlandı				
Erken geliştirme/sağlık pedagojisi/Ergoterapi <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> sonuçlandı <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarlandı				
Fizyoterapi <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> sonuçlandı <input type="checkbox"/> halen sürmekte <input type="checkbox"/> tasarlandı				
Çocuk doktoru/ev doktoru:				

.....
Yer ve tarih

.....
Vekilinin ya da vekillerinin imzası ya da imzaları