

Antworten bitte in Deutsch bzw. lateinischer Schrift

الرجاء الأجابه بالغه الألمانیه أو بالأحرف اللاتینیه

**Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:**

ارشادات لتعبئة الأستبيان

**Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!**

الأجابه على جميع الأسئلة أو بعضها إختياري

**Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen**

الرجاء تعبئة الأجابه المناسبه أو وضع إشارة إكس

	<b>Familienname des Kindes</b> إسم العائله للطفل	
	<b>Vorname</b> الأسم الأول للطفل	
	<b>geboren am</b> تاريخ الولاده	
	<b>Staatsangehörigkeit</b> الجنسيه	
	<b>Anzahl weiterer Geschwister</b> عدد الأشقاء	
	<b>Muttersprache (Mutter)</b> اللغه الأم (للأم)	
	<b>Muttersprache (Vater)</b> اللغه الأم (للأب)	
	<b>Anzahl Erwachsene im Haushalt</b> عدد أفراد الأسره البالغين	
	<b>Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch (Anzahl Jahre)</b> زيارة الروضه أو دار الحضانه عدد السنوات	
<b>Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten</b> إسم وتوقيع الأشخاص المخولين بحضانه ورعاية الطفل		
	<b>Name</b> إسم العائله	
	<b>Vorname</b> الأسم الأول	
	<b>Postleitzahl und Ort</b> مكان الأقامه والرمز البريدي	
	<b>Straße</b> إسم الشارع	
	<b>Telefonnummer</b> رقم الهاتف	
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf</b> الحمل وولاده الطفل		
	<b>Geburtsgewicht (Angabe in Gramm)</b> وزن الطفل عند الولاده	
	<b>Anzahl vollendete Schwangerschaftswochen</b> عدد أسابيع الحمل حتى يوم ولاده الطفل	
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	<b>Mehrlingsgeburt</b> ولاده توأم أو أكثر
<b>Entwicklung</b> نمو وتطور حياة الطفل		

Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? هل تم تشخيص تأخر في النمو في مرحلة ما عند طفلكم
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Freies Laufen bis 18 Monate هل مشى الطفل بدون مساعده حتى الشهر الثامن عشر
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate الكلمات الأولى للطفل حتى الشهر الثامن عشر (مثل ماما بابا سياره)
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung هل تطورت قدره على الكلام عند الطفل
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Kind wächst mehrsprachig auf هل ينمو الطفل بالتحدث بأكثر من لغة
Nicht seit Geburt <input type="checkbox"/> ليس منذ المولد	seit Geburt <input type="checkbox"/> منذ المولد	Kontakt mit der deutschen Sprache التواصل باللغة الألمانية
_____ / _____ شهر/ سنة		Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? في حالة إذا لم يكن التواصل بها منذ المولد ، ففي أي فئة عمرية إذا؟
Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden <input type="checkbox"/>	أيمن <input type="checkbox"/> أعسر <input type="checkbox"/> لم يتحدد بعد <input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind هل طفلك
<p align="center"><b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b></p> <p align="center">هل تم تشخيص عند طفلكم إضطرابات أو مشاكل صحية أو إحدى الأمراض التالية</p>		
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sehstörungen عدم وضوح الرؤية
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Schielbehandlung حول في العينين
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Brillenträger يستخدم نظاره
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Schwere Hörstörung إضطرابات شديده في السمع
<p align="center"><i>Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen</i></p> <p align="center">إذا كانت الأجابه بنعم الرجاء الأجابه على الأسئلة التالية</p>		
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	angeborene, schwere Hörstörung ضعف خلقي منذو الولادة بالسمع
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	erworbene, bleibende Hörstörung فقدان موروث بالسمع وبشكل دائم
(Monat/Jahr) links يسار _____ سنه/شهر	(Monat/Jahr) rechts يمين _____ سنه/شهر	mit Hörgerät versorgt seit يستخدم سماعه الأذن منذو
(Monat/Jahr) links يسار _____ سنه/شهر	(Monat/Jahr) rechts يمين _____ سنه/شهر	mit Cochlea-Implant versorgt seit تم القيام بزراعة القوقعة في الأذن منذو
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Angeborene Stoffwechsel- /Hormonstörungen إختلالات هرمونيه أيضا حلقه
<p align="center"><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p align="center">إذا كانت الأجابه بنعم أي إختلالات</p>		
MCAD نقص أسيتيل التميم المتوسط <input type="checkbox"/>		MCAD Mangel

<input type="checkbox"/> قصور الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> الخلل الأيضي الوراثي أو فينيلكيتونوريا <input type="checkbox"/> فرط تنسج الكظر الخلقي <input type="checkbox"/> تَلَرُّجُ المَخَاطِ <input type="checkbox"/> داء السكري (طراز 1) <input type="checkbox"/> داء السكري (طراز 2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hypothyreose PKU AGS Mukoviszidose Diab. mell. (Typ 1) Diab. mell. (Typ 2)
Ja <input type="checkbox"/> نعم Nein <input type="checkbox"/> لا	Sonstige chronische Erkrankungen أمراض مزمنة أخرى	
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي أمراض		
Ja <input type="checkbox"/> نعم Nein <input type="checkbox"/> لا	Schwere Behinderung عجز شديد في أطراف الجسم	
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي أطراف		
Ja <input type="checkbox"/> نعم Nein <input type="checkbox"/> لا	Regelmäßig einzunehmende Medikamente هل يتناول الطفل دواء بشكل منتظم	
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي دواء		
Ja <input type="checkbox"/> نعم Nein <input type="checkbox"/> لا	Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? هل لديكم معرفه كافيه حول الأمراض التي يعاني منها طفلكم والتي تتطلب التصرف بشكل صحيح في حالات الطوارئ (على سبيل المثال حساسيه صرع وغيرها من الأمراض)	
<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الأجابه بنعم أي إجراء		
<b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b> هل تلقى طفلكم العلاج أو أي تدابير أخرى هدفت إلى تعزيز علاجه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم Nein <input type="checkbox"/> لا	Teilnahme am Vorkurs Deutsch هل شارك طفلكم في دوره تحضيريه في دار الحضانه للغه الألمانيه	
<input type="checkbox"/> لا هل تم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein abgeschlossen läuft z.Zt. noch geplant	Sprachtherapie (Logopädie) علاج النطق
<input type="checkbox"/> لا هل تم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein abgeschlossen läuft z.Zt. noch geplant	Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie التدخل المبكر للعنايه بالطفل أو التربيه التعليميه في حالات خاصه أو علاج وظائف أعضاء جسم الطفل
<input type="checkbox"/> لا هل تم إنهاء العلاج <input type="checkbox"/> يتم القيام بالعلاج حتى الآن <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	nein abgeschlossen läuft z.Zt. noch geplant	Krankengymnastik العلاج الطبيعي
Kinderarzt/Hausarzt: طبيب الأطفال أو طبيب الأسره		

.....  
المكان والتاريخ. Ort, Datum

..... توقيع الأشخاص المخولين  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten