

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 _____ года													
Фамилия и адрес воспитывающего Фамилия Имя Почтовый индекс, город ул./Не дома Тел.																	
Течение беременности и родов																	
Вес при рождении: _ _ _ _ гр. Полный срок беременности в неделях: _ _ нед. ☐ Рождение нескольких близнецов																	
Развитие																	
Была ли у Вашего ребенка <u>когда-либо</u> выявлена задержка в развитии? ☐ Да ☐ Нет																	
Речевые особенности в развитии ☐ Да ☐ Нет			Самостоятельная ходьба до 18 мес. ☐ Да ☐ Нет														
Первые слова (напр., «мама», «папа») до 18 мес. ☐ Да ☐ Нет			Ребенок растет в многоязычной семье ☐ Да ☐ Нет														
Общение на немецком языке ☐ с момента рождения ☐ не с момента рождения Если общение на немецком языке происходит не с момента рождения, то с какого возраста? _ _ лет _ _ месяцев																	
Является ли Ваш ребенок ☐ правойшей ☐ левойшей ☐ еще не определился																	
Было или имеется ли у Вашего ребенка одно из следующих заболеваний либо какие-то ограничения по здоровью?																	
Нарушения зрения ☐ Нет ☐ Да Лечение косоглазия ☐ Нет ☐ Да Очки ☐ Нет ☐ Да Серьезные нарушения слуха? ☐ Нет ☐ Да Если да, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы: <table border="0"> <tr> <td>☐ врожденное серьезное нарушение слуха</td> <td>☐ слева</td> <td>☐ справа</td> </tr> <tr> <td>☐ приобретенное сохраняющееся нарушение слуха</td> <td>☐ слева</td> <td>☐ справа</td> </tr> <tr> <td>☐ слуховой аппарат с</td> <td>слевамесяц/год</td> <td>справа месяц/год</td> </tr> <tr> <td>☐ имплантант Cochlea с</td> <td>слевамесяц/год</td> <td>справа.....месяц/год</td> </tr> </table>						☐ врожденное серьезное нарушение слуха	☐ слева	☐ справа	☐ приобретенное сохраняющееся нарушение слуха	☐ слева	☐ справа	☐ слуховой аппарат с	слевамесяц/год	справа месяц/год	☐ имплантант Cochlea с	слевамесяц/год	справа.....месяц/год
☐ врожденное серьезное нарушение слуха	☐ слева	☐ справа															
☐ приобретенное сохраняющееся нарушение слуха	☐ слева	☐ справа															
☐ слуховой аппарат с	слевамесяц/год	справа месяц/год															
☐ имплантант Cochlea с	слевамесяц/год	справа.....месяц/год															
Врожденные нарушения обмена веществ/гормональные нарушения: ☐ Нет ☐ Да (Какие?): ☐ Дефицит MCAD ☐ Гипотиреоз ☐ Фенилкетонурия ☐ Адреногенитальный синдром ☐ Муковисцидоз ☐ Сахарный диабет (тип 1) ☐ Сахарный диабет (тип 2) Прочие хронические заболевания: ☐ Нет ☐ Да (Какие?): Тяжелая форма инвалидности: ☐ Нет ☐ Да (Какие?): Регулярно применяемые медикаменты: ☐ Нет ☐ 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.)? ☐ Нет ☐ Да Если да, то какие?																	
Участвовал ли Ваш ребенок когда-нибудь в развивающих мероприятиях или проходил курсы лечения?																	
Участие в подготовительном курсе немецкого языка ☐ Нет ☐ Да ☐ Запланировано Логотерапия (логопедия) ☐ Нет ☐ Пройдено ☐ Идет по сей день ☐ Запланировано Поддержка раннего развития/лечебная педагогика/эрготерапия ☐ Нет ☐ Пройдено ☐ Идет по сей день ☐ Запланировано																	

Лечебная физкультура	☐ Нет ☐ Пройдено ☐ Идет по сей день ☐ Запланировано
Детский врач/домашний врач:	

.....
Место, дата

.....
Подпись воспитывающего