

İlgili alanları doldurunuz ya da çarpı ☒ koyunuz.

Çocuğun soyadı	Adı	Doğum tarihi	Vatandaşlığı	Kardeşlerin sayısı
Annesinin ana dili / Babasının ana dili	Babasının ana dili / Annesinin ana dili	Evde yaşayan reşit sayısı	Yuva/Kreş/Anaokuluna gittiği yılların sayısı Yıl	
Velayet sahib(ler)inin ad(lar)ı ve adres(ler)i Soyadı.....Adı.....Posta kodu, İli/İlçesi Cadde.....No.....Telefon No.....				
Gebelik ve doğum seyri (sarı defterdeki bilgiler)				
Doğum ağırlığı: Gram Bitmiş gebelik haftası: ☐ Çoklu doğum				
Gelişimi				
Çocuğunuzda hiç gelişim geriliği tespit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır				
Gelişiminde olumsuz dil belirtileri ☐ Evet ☐ Hayır		18 aylık olana kadar tutunmadan yürüdü mü? ☐ Evet ☐ Hayır		
İlk kelimeleri (örneğin anne, baba, araba gibi) 18 aylık olana kadar ☐ Evet ☐ Hayır		Çocuk iki dilli yetiştiriyor ☐ Evet ☐ Hayır		
Almanca ile temas ☐ doğumdan itibaren ☐ doğumdan itibaren değil Almanca ile temas doğumdan itibaren değilse, hangi yaştan itibaren vardır? yıl ay				
Çocuğunuz... ☐ sağ elini mi kullanıyor? ☐ sol elini mi kullanıyor? ☐ Henüz belli değil				
Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklar ve sağlığını kısıtlayıcı başka özellikler geçmişte ya da şimdi söz konusu mu?				
Görme bozukluğu ☐ Hayır ☐ Evet Şaşılık tedavisi ☐ Hayır ☐ Evet Gözlük ☐ Hayır ☐ Evet Ağır işitme ☐ Hayır ☐ Evet				
Eğer evet olarak yanıtladıysanız, lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız: ☐ doğuştan ağır işitme ☐ sol ☐ sağ ☐ doğuştan sonra gelişmiş işitme bozukluğu ☐ sol ☐ sağ ☐ bu tarihten beri işitme cihazı kullanır solay/sene sağay/sene ☐ bu tarihten beri Cochlea-Implantı var solay/sene sağay/sene				
Doğuştan metabolizma/hormon bozukluğu (sadece tıbben tanı konulanlar): ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri): ☐ CoA dehidrogenaz eksikliği ☐ Hypothyroidism ☐ Fenilketonüri ☐ Adrenogenital sendrom ☐ Mukovisidoz ☐ Şeker hastalığı (Tip 1) ☐ Şeker hastalığı (Tip 2)				
Diğer kronik hastalıklar: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Ağır engeller: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Düzenli olarak kullandığı ilaçlar: ☐ Hayır ☐ Evet (Hangileri):.....				
Acil durumlarda çocuğunuzun belirli bir müdahale gerektiren hastalıkları hakkında bilginiz var mı (örneğin: alerjiler, epilepsi, vb.)? ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, hangileri?.....				
Çocuğunuza hiç geliştirici tedbirler ya da tedaviler uygulandı mı?				
Almanca hazırlık kursuna katılım ☐ Hayır ☐ Evet ☐ planlandı Dil ve konuşma terapisi (Logopedi) ☐ Hayır ☐ tamamlandı ☐ hâlen sürmekte ☐ planlandı Erken geliştirme/sağlık pedagojisi/Ergoterapi ☐ Hayır ☐ tamamlandı ☐ hâlen sürmekte ☐ planlandı Fizyoterapi ☐ Hayır ☐ tamamlandı ☐ hâlen sürmekte ☐ planlandı				
Çocuk doktoru/Aile hekimi:				