

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:

إرشادات لتعبئة الاستبيان

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen 

الرجاء تعبئة الإجابة المناسبة أو وضع إشارة [X]

	Familienname des Kindes اسم عائلة الطفل
	Vorname الاسم الأول للطفل
	geboren am تاريخ الولادة
	Staatsangehörigkeit الجنسية
	Anzahl weiterer Geschwister عدد الأشقاء
	Muttersprache (Mutter) اللغة الأم (للأم)
	Muttersprache (Vater) اللغة الأم (للأب)
	Anzahl Erwachsene im Haushalt عدد أفراد الأسرة البالغين
	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch (Anzahl Jahre) زيارة الروضة أو دار الحضانة عدد السنوات
<b>Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten</b>	
اسم و عنوان الأشخاص المخولين بحضانة ورعاية الطفل	
	Name اسم العائلة
	Vorname الاسم الأول
	Postleitzahl und Ort مكان الإقامة والرمز البريدي
	Straße اسم الشارع
	Telefonnummer رقم الهاتف
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf</b>	
الحمل وولادة الطفل	
	Geburtsgewicht (Angabe in Gramm) وزن الطفل عند الولادة
	Anzahl vollendete Schwangerschaftswochen عدد أسابيع الحمل حتى يوم ولادة الطفل
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا
	Mehrlingsgeburt ولادة 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>jedemals</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 دون مساعدة 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 سيارة)
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Sprachauffälligkeit während der Entwicklung أطفـل تطـور اثـنـاً الـكـلام شـذـوذ
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 التواصـل بالـلغـة الـألمـانيـة
رهشاً / نينس   _   _   _   Jahre / Monate		Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? إذا رمع ي أ ي فف ، دلوملا دنم مينا ملاً مغلأ ي فل صاوتلا ن كيم . اذا ملامد ي ف
Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden <input type="checkbox"/>	أيمن أعسر لم يتحدد بعد	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 طفلكم بأية اضطرابات أو مشكلات صحية أو بإحدى 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 استخدام النظارة
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Schwere Hörstörung ديدش عمسد فعضد
<p align="center"><b>Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen</b></p> <p align="center">إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية</p>		
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	angeborene, schwere Hörstörung شديد خلقي سمع ضعف
links <input type="checkbox"/> يسار	rechts <input type="checkbox"/> يمين	erworbene, bleibende Hörstörung مكتسب مزمن سمع ضعف
(Monat/Jahr) links يسار (Monat/Jahr) rechts يمين	سنه /شهر سنه /شهر	mit Hörgerät versorgt seit يستخدم سماعه الأذن منذ
(Monat/Jahr) links يسار (Monat/Jahr) rechts يمين	سنه /شهر سنه /شهر	mit Cochlea-Implantat versorgt seit تم القيام بزراعة القوقعة في الأذن منذ
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Angeborene Stoffwechsel- /Hormonstörungen اختلالات هرمونية أيضية خلقية
<p align="center"><b>Wenn ja, welche?</b></p> <p align="center">إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الاختلالات</p>		
نقص أسيتيل التميم المتوسط MCAD	<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"/> تَلَزُّجُ 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 الإجابة نعم، فما هي هذه الأمراض
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Schwere Behinderung عجز شديد في أطراف الجسم
		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الأطراف
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Regelmäßig einzunehmende Medikamente هل يتناول الطفل الدواء بشكل منتظم
		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الأدوية
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 معرفة كافية حول الأمراض التي يعاني منها طفلكم والتي تتطلب التصرف بشكل صحيح في حالات الطوارئ (مثل الحساسية أو الصرع أو غيرها من الأمراض)
		<i>Wenn ja, welche Erkrankungen?</i> الأمراض؟ هذه هي، نعم، الإجابة كانت إذا
<b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b> هل تلقى طفلكم العلاج أو أي تدابير أخرى لتعزيز علاجه		
Ja <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> تم التخطيط للعلاج	Nein <input type="checkbox"/> لا geplant	Teilnahme am Vorkurs Deutsch هل شارك طفلكم في دورة تحضيرية في دار الحضانة للغة الألمانية
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 للعباية بالطفل أو التربية التعليمية في حالات خاصة أو علاج لوظائف أعضاء جسم الطفل
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 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 الأسرة

توقيع الأشخاص المخولين.....

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

.....  
المكان والتاريخ.....

Ort, Datum