

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens: إرشادات لتعبئة الاستبيان Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig! الإجابة على جميع الأسئلة أو بعضها اختياري Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> 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
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten 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
Schwangerschaft und Geburtsverlauf 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	Mehrlingsgeburt ولاده توأم أو أكثر
Nein <input type="checkbox"/> لا	
Entwicklung نمو وتطور حياة الطفل	

Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Wurden bei Ihrem Kind jemals 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 التواصل باللغة الألمانية
رهشأ / نينس Jahre / Monate		Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? إذا رمع ي أي يف، دلوملا ذنم مينا ملاً مغلأ يف ل صاوتلا ن كيم إذا تلماد يف
Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden <input type="checkbox"/>	أيمن أعسر لم يتحدد بعد	Ist Ihr Kind هل طفلك
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor? هل تم تشخيص طفلكم بأية اضطرابات أو مشكلات صحية أو بإحدى الأمراض التالية		
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 مع مسد فعضد
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية		
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
links <input type="checkbox"/> يسار rechts <input type="checkbox"/> يمين	erworbene, bleibende Hörstörung مكتسب مزمن سمع ضعف	links <input type="checkbox"/> يسار rechts <input type="checkbox"/> يمين
(Monat/Jahr) links <input type="checkbox"/> يسار (Monat/Jahr) rechts <input type="checkbox"/> يمين	mit Hörgerät versorgt seit يستخدم سماعه الأذن منذ	links <input type="checkbox"/> يسار rechts <input type="checkbox"/> يمين
(Monat/Jahr) links <input type="checkbox"/> يسار (Monat/Jahr) rechts <input type="checkbox"/> يمين	mit Cochlea-Implantat versorgt seit تم القيام بزراعة القوقعة في الأذن منذ	links <input type="checkbox"/> يسار rechts <input type="checkbox"/> يمين
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nein <input type="checkbox"/> لا	Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen اختلالات هرمونية أيضية خلقية
Wenn ja, welche? إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الاختلالات		
MCAD نقص أسيتيل التميم المتوسط <input type="checkbox"/>	<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 المُخَاط <input type="checkbox"/> داء السكري (طراز 1) <input type="checkbox"/> داء السكري (طراز 2)	<input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. (Typ 1) <input type="checkbox"/> Diab. mell. (Typ 2)	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> لا	Sonstige chronische Erkrankungen أمراض مزمنة أخرى
		<i>Wenn ja, welche?</i> إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الأمراض
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> 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
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten? هل تلقى طفلكم العلاج أو أي تدابير أخرى لتعزيز علاجه		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> لا	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 للعناية 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