

İlgili alanları doldurunuz ya da çarpı ☒ koyunuz. Soruların tamamını veya bazılarını yanıtlamak isteğe bağlıdır!

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