

**Albanische Übersetzung des Formulars "Fragebogen über den Gesundheitszustand
(2. Kindergartenjahr und 4. Schuljahr der Primarstufe)" / Ausgabe 2021**

Pyetësor mbi gjendjen shëndetësore (Viti i II-të i kopshtit dhe viti i IV i shkollës fillore)

Të nderuar prindër,

Së shpejti do të bëhet kontrolla e obliguar mjekësore shkollore nga mjekja/mjeku i shkollës. Fëmija juaj lirohet nga kontrolla e detyrueshme mjekësore shkollore nëse dispononi me një vërtetim të mjekes/mjekut tuaj të shtëpise përmes të cilit dëshmohet se një kontrollë e tillë është bërë ose është paraparë një termin. Një vërtetim i tillë do të duhej t'i dorëzohej mjekes/mjekut të shkollës **një javë para kontrollës mjekësore shkollore. Nëse në ditën kur është paraparë kontrolla mjekësore shkollore mjekja/mjeku i shkollës nuk e ka një vërtetim të tillë, ajo/ai do të bëjë kontrollën e detyrueshme mjekësore.**

Tek fëmijët e foshnjores prania e njërit prind është me rëndësi dhe e dëshiruar, poashtu edhe për fëmijët e vitit të 4-rt të shkollës fillore. është i mirëseardhur shoqërimi i fëmijës nga njëri prind.



Në kontrollë duhet sjellur:

- **Pyetsorin** e plotësuar në tërësi mbi gjendjen shëndetësore, në një zarf të mbyllur
- eventualisht **syzat**
- **librezën e vaksinave**
- **aprovimin me shkrim** në formularët përkatës për „vaksinimin e rekomandueshëm“ si edhe librezën e sigurimit shëndetësor, në rast se është e nevojshme bërja e vaksinave menjëherë.

Me rastin e kontrollës së detyrueshme mjekësore shkollore, me dëshirën dhe pëlqimin e prindërve, mjekja/mjeku i shkollës mund të bëjë kontrolla tjera trupore ose të vërtetojnë në raste të problemeve. Për këto kontrolla plotësuese prindërit duhet që përmes nënshkrimit të këtij formulari të vërtetojnë pëlqimin e tyre. Pëlqimi duhet t'i dorëzohet mjekes/mjekut të shkollës ditën e kontrollës mjekësore shkollore.

Einwilligung der Eltern für weitere Untersuchungen/Pëlqimi i prindërve për kontrolla të mëtejme:

Als Eltern wünschen wir, dass die Schulärztin/der Schularzt weitere körperliche Untersuchungen durchführt und geben hiermit unsere Einwilligung / Si prindër, ne dëshirojmë që mjekja/mjeku i shkollës të bëjë kontrollë të tjera mjekësore dhe për këtë, ne japim aprovimin tonë.

Ort und Datum/Vendi dhe data:

Unterschrift der Eltern/Nënshkrimi i prindërve:

Mbiemri: _____ Emri: _____ Ditëlindja: _____

Rruga: _____ Nr. i postës/Vendi: _____

Mbiemri/Emri i prindërve: _____

Niveli më i lartë i edukimit

Arsim i detyrueshëm (E mesme-, shkollë e orientuar- shkollë e veçantë) Babai Mamaja

Praktikë profesionale, diplomë profesionale, Diplomim, shkollë profesionale (Arsim i mesëm)

Shkollë e lartë teknike, Kolegj, Universitet, Doktoraturë (nivel i lartë)

Profesioni i ushtruar aktualisht i babait: _____

Profesioni i ushtruar aktualisht i nënës: _____

Viti i lindjes së vëllezërve dhe motrave: _____ Vëllezër: _____ Motra: _____

1. Të dhëna mbi zhvillimin dhe sëmundjet e mëparshme

Pyetjeve të mëtejme duhet përgjegjur nëse nuk janë plotësuar gjatë ndonjë kontrole të mëparshme mjekësore shkollore dhe nesë që nga atëherë nuk ka ndryshuar asgjë.

Në cilën moshë ka filluar të ecë fëmijë juaj? _____ të flas? _____

A keni shkuar ju me fëmijën tuaj 2 vitet e fundit tek mjeku/mjekja e fëmijëve për kontroll? Jo Po

Sëmundjet e kryera:

Ndezje të shpeshta të veshit të mesëm	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	
Angina të shpeshta	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	
Fruthi	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	Në cilën moshë? _____
Shyta	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	Në cilën moshë? _____
Rubeolla	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	Në cilën moshë? _____
Lia	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	Në cilën moshë? _____
Kolli i keq	<input type="checkbox"/>	jo	<input type="checkbox"/>	po	Në cilën moshë? _____

A ekzistojnë sëmundje kronike (Cilat? Që kur?):

A ka pasoja nga ndonjë aksident (Cilat? Që kur?):

2. Të dhëna mbi gjendjen e tashme shëndetësore?

A ekzistojnë probleme ose ankime vijuese? (shëno me X atë që i përket)

<input type="checkbox"/> Çrregullime në të pamur	<input type="checkbox"/> Dhembje të shpinës	<input type="checkbox"/> Dhembje të barkut
<input type="checkbox"/> Çrregullime në të lëvizur	<input type="checkbox"/> Sëmundje të zemrës/ qarkullimit	<input type="checkbox"/> Nervoja
<input type="checkbox"/> Asma/Sëmundje të mushkërive	<input type="checkbox"/> Çrregullime të gjumit	<input type="checkbox"/> Tërbime
<input type="checkbox"/> Probleme me peshë	<input type="checkbox"/> Alergji	<input type="checkbox"/> Frikë
<input type="checkbox"/> Sëmunje të lëkurës	<input type="checkbox"/> Çrregullime në të folur	<input type="checkbox"/> Probleme lidhur me Xhelozinë
<input type="checkbox"/> Çrregullime në të dëgjuar	<input type="checkbox"/> Dhembje të nyjeve	<input type="checkbox"/> Të lagurit në shtrat

A ekzistojnë probleme ose ankime tjera? Nëse po, cilat:

A është momentalisht në ndonjë mjekim? Nëse po, pse? Te kush?

