

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

Questionario sullo stato di salute (2° anno di asilo e 4° classe della scuola elementare)

Cari genitori,

Prossimamente verrà effettuato l'esame medico-scolastico obbligatorio.

Vostro figlio potrà esserne dispensato se siete in possesso di un'attestato del vostro medico di famiglia che confermi che l'esame in questione è già stato fatto o che è previsto prossimamente. Il medico scolastico deve essere in possesso dell'attestazione almeno **una settimana prima dell'esame. Se il medico scolastico non dispone di questa attestazione il giorno dell'esame, effettuerà l'esame medico-scolastico obbligatorio.**

Per i bambini che vanno all'asilo, la presenza di un genitore è importante e gradita, anche nella quarta classe elementare l'accompagnamento da parte di un genitore è gradita.

Vi preghiamo di portare all'esame:

- il **questionario** sullo stato di salute completamente compilato, in una busta chiusa
- eventuali **occhiali**
- il **certificato di vaccinazione**
- l'**assenso scritto**, sul modulo "Vaccini raccomandati" e la tessera della cassa malattia nel caso che si eseguono subito dei vaccini necessari volontari.

Durante l'esame medico scolastico obbligatorio, il medico scolastico può, su domanda e con l'accordo dei genitori, procedere ad altri esami fisici o dare consigli in caso di problemi. Affinché il medico possa effettuare questi esami supplementari, i genitori devono dare il loro accordo firmando il presente formulario. L'autorizzazione deve essere rilasciata al medico scolastico il giorno dell'esame medico-scolastico obbligatorio.



Cortesemente voltare!

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ NPA/Località: _____

Cognome/nome dei genitori: _____ n° di tel.: _____

Istruzione più alta completata:

Scuola dell'obbligo (scuola reale, secondaria, di orientamento, speciale)

Padre

Madre

Apprendistato professionale, maturità professionale, maturità, scuola professionale (scuola secondaria II)

Istituto professionale, Scuola superior, università, dottorato (livello terziario)

Professione attualmente esercitata dal padre: _____

Professione attualmente esercitata dalla madre: _____

Anno di nascita dei fratelli? _____ Anno di nascita delle sorelle? _____

1. Indicazioni sullo sviluppo e sulle malattie anteriori

Vi preghiamo di rispondere soltanto alle domande seguenti se non è già stato fatto per un precedente esame medico-scolastico e se nel frattempo non ci sono stati cambiamenti.

A che età vostro figlio ha imparato a camminare? _____ a parlare? _____

Negli ultimi 2 anni siete andati con vostro figlio dal pediatra per visite preventive? no si

Quali malattie ha avuto vostro figlio?

Otite media frequente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Angina frequente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Morbillo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Rosolia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Varicella	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____
Tosse canina	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	A che età? _____

Vostro figlio soffre di una malattia cronica? (Quale? Da quando?):

Vostro figlio soffre di seguiti d'infortunio? (Quali? Da quando?):

2. Indicazioni sullo stato di salute attuale

Vostro figlio soffre dei seguenti problemi o disturbi? (segnare con una croce)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disturbi di vista | <input type="checkbox"/> Dolori di schiena | <input type="checkbox"/> Sofferenze addominali |
| <input type="checkbox"/> Disturbi dell'apparato locomotore | <input type="checkbox"/> Disturbi cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Nervosità |
| <input type="checkbox"/> Asma/sofferenze polmonari | <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> Accessi d'ira |
| <input type="checkbox"/> Problemi di peso | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Ansietà |
| <input type="checkbox"/> Affezioni cutanee | <input type="checkbox"/> Disturbi nel parlare | <input type="checkbox"/> Problemi di gelosia |
| <input type="checkbox"/> Disturbi uditivi | <input type="checkbox"/> Dolori delle articolazioni | <input type="checkbox"/> Enuresi notturna |

Vostro figlio soffre di altri problemi o disturbi? Quali:

Attualmente, vostro figlio è in cura da un medico? Perché? Da chi?