

Tamilische Übersetzung des Formulars „Fragebogen über den Gesundheitszustand
(2. Kindergartenjahr und 4. Schuljahr der Primarschule)“ / Ausgabe 2013

**ஆரோக்கியநிலை தொடர்பான வினாக்கொத்து
(2வது பாலர்பாடசாலை வருடம் மற்றும் பிறிமா ஸ்ரூப 4ம் ஆண்டு)**

மிகவும் மதிப்பிற்குரிய பெற்றோருக்கு,

இன்னும் சிறிது காலத்தில் கட்டாய பாடசாலை வைத்திய பரிசோதனை பாடசாலை வைத்தியரினால் மேற்கொள்ளப்படவுள்ளது.

இப் பரிசோதனை உங்கள் குடும்ப வைத்தியருடாக மேற்கொள்ளப்பட்டுவிட்டது அல்லது மேற்கொள்ள உத்தேசித்து திகதி நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது என்று அத்தாட்சிப் பத்திரம் சமர்ப்பிக்கப்பட்டால், உங்கள் பிள்ளை இப் பரிசோதனைக்கு உட்படுத்தப்படுவதில் இருந்து விலக்கப்படுவார். இவ்வாறான ஒரு அத்தாட்சிப் பத்திரம் **பாடசாலை வைத்திய பரிசோதனைக்கு ஒரு வாரத்துக்கு முன்** பாடசாலை வைத்தியரிடம் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும். **வைத்திய பரிசோதனை நாளன்றும் அத்தாட்சிப் பத்திரம் சமர்ப்பிக்கப்படவில்லையெனில், பாடசாலை வைத்தியர் உங்கள் பிள்ளைக்கு பரிசோதனையை மேற்கொள்வார்.**

பாலர் பாடசாலை மாணவர்களின் வைத்திய பரிசோதனையின்போது பெற்றோர் உடனிருத்தல் விரும்பத்தகுந்ததும், அவசியமானதும் ஆகும், அத்துடன் பிறிமா ஸ்ரூபயின் 4ம் ஆண்டில் பெற்றோரில் ஒருவர் உடனிருப்பது வரவேற்கப்படுகின்றது.

வைத்திய பரிசோதனையின்போது தயவுசெய்து பின்வருவனவற்றைக் கொண்டு வரவும்:

- ஆரோக்கியநிலை தொடர்பான **வினாக்கொத்தை** முற்றாக நிரப்பி உள் வைத்து ஒட்டிய தபால் உறை.
- மூக்குக்கண்ணாடி பாவிப்பவரானால் அக் **கண்ணாடி**
- **தடுப்பூசி இட்டதற்கான அத்தாட்சிப் பத்திரம்**
- "பரிந்துரை செய்யப்படும் தடுப்பூசிகள்" என்ற படிவத்தில் **எழுத்து மூலமான சம்மதம்** மற்றும் மருத்துவக் காப்புறுதி அட்டை, தேவைப்படின சுயவிருப்பில் போடப்படும் தடுப்பூசிகள் அந்த வேளையிலேயே மேற்கொள்ளப்படும்.

பாடசாலை வைத்திய பரிசோதனையின்போது, பெற்றோர் விருப்பத்தின் பேரில் அவர்கள் சம்மதத்துடன் பிரச்சினைகளுக்கு பாடசாலை வைத்தியர் ஆலோசனை வழங்குவார் அல்லது அவர்களின் அனுமதியுடன் மேலதிக வைத்திய பரிசோதனைகளை மேற்கொள்வார். பெற்றோர் மேலதிக வைத்திய பரிசோதனைக்கான தமது விருப்பத்தை இவ்வினாக்கொத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம் உறுதிப்படுத்தலாம். இவ்வனுமதி பாடசாலை வைத்திய பரிசோதனை நாளன்று பாடசாலை வைத்தியரிடம் கையளிக்கப்பட வேண்டும்.

மேலதிக வைத்திய பரிசோதனைக்கான பெற்றோரின் சம்மதம்:

பெற்றோராகிய நாங்கள், பாடசாலை ஆண் வைத்தியர் அல்லது பெண் வைத்தியர் மேலதிக உடற் பரிசோதனைகளை மேற்கொள்ள விரும்புவதுடன் இத்தால் எமது சம்மதத்தைத் தெரிவித்துக் கொள்கின்றோம்.

Als Eltern wünschen wir, dass die Schulärztin/der Schularzt weitere körperliche Untersuchungen durchführt und geben hiermit unsere Einwilligung.

நகரம் மற்றும் திகதி:

பெற்றோரின் கையொப்பம்:

குடும்பப்பெயர்: _____ முதற்பெயர்: _____ பிறந்த திகதி: _____

வீதி: _____ நகரஇல./நகரம்: _____

பெற்றோரின் குடும்ப / முதற்பெயர்: _____ தொ.பேசி இல: _____

ஆகக்கூடிய கற்று முடித்த தொழிற்கல்வி	தந்தை	தாய்
கட்டாய பாடசாலை (றியால்-, செக்குண்டார்-, ஒறியென்றியெறுங் சூலே, சொன்டெர் சூலே) Real-, Sekundar-, Orientierungsschule, Sonderschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
தொழிற்கல்வி, பெறுபம்நூறா, மநூறா, பாக்மிற்றெல்கூலே (செக்குண்டார்ஸ்ரூபெ II) Berufslehre, Berufsmatura, Matura, Fachmittelschule (Sekundarstufe II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
உயர்கல்லூரி, கல்லூரி, சர்வகலாசாலை, கலாநிதிக்கல்வி (ரெர்ரியெஸ்ரூபெ) Höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität, Doktorat (Tertiärstufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

தந்தை தற்போது செய்யும் தொழில் : _____

தாயார் தற்போது செய்யும் தொழில்: _____

சகோதரர்கள் பிறந்த வருடம் : சகோதரர்: _____ சகோதரிகள்: _____

1. வளர்ச்சியும் முன்பு ஏற்பட்ட நோய்கள் பற்றிய விபரமும்

பின்வரும் வினாக்களுக்கு முன்னைய பரிசோதனைகளின்போது படிவம் நிரப்பியிருக்காதுவிடின் அல்லது அதன்பின் மாற்றங்கள் ஏற்பட்டிருக்குமாயின் மட்டும் விடையளிக்கவும்.

உங்கள் பிள்ளை எந்த வயதில் நடக்க ஆரம்பித்தது? _____ கதைப்பதற்கு? _____

நீங்கள் உங்கள் பிள்ளையை கடந்த 2 வருடங்களில் பிள்ளைகளுக்கான வைத்தியரிடம் முற்பாதுகாப்புப் பரிசோதனைகளுக்காக கொண்டு சென்றுள்ளீர்களா? இல்லை ஆம்

முன்பு பிடித்த நோய்கள்:

அடிக்கடி உட்காத்தில் புண் ஏற்படல்	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	
அடிக்கடி தொண்டை வீங்குதல்	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	
சின்னமுத்து	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	எந்த வயதில்? _____
சுவைக்கட்டு (Ohremüggeli)	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	எந்த வயதில்? _____
அம்மை (Röteln)	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	எந்த வயதில்? _____
பொக்கிளிப்பான் (spitze Blattern)	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	எந்த வயதில்? _____
குக்கல் (Keuchhusten)	இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/>	எந்த வயதில்? _____

நாட்பட்ட தீராத நோய்கள் உண்டா? (என்ன? எப்பொழுதிருந்து?):

விபத்துக்களால் பின்விளைவுகள் உண்டா? (என்ன? எப்பொழுதிருந்து?):

2. தற்போதைய ஆரோக்கியநிலை பற்றிய விபரம்:

பின்வரும் பிரச்சினைகள் அல்லது சிக்கல்கள் உள்ளதா? (பொருத்தமானவற்றில் புள்ளடியிடவும்)

<input type="checkbox"/> பார்வைக் கோளாறு	<input type="checkbox"/> முதுகுநோவு	<input type="checkbox"/> வயிற்றுவலி
<input type="checkbox"/> உடல் இயக்கக் கோளாறு	<input type="checkbox"/> இதய, இரத்தச்சுற்றோட்டப் பிரச்சினை	<input type="checkbox"/> நரம்புத்தளர்ச்சி
<input type="checkbox"/> தொய்வு/ நுரையீரல் பிரச்சினை	<input type="checkbox"/> நித்திரைக் குழப்பம்	<input type="checkbox"/> கோபத்தில் எரிந்துவிழல்
<input type="checkbox"/> உடல்நிறைப் பிரச்சினை	<input type="checkbox"/> ஒவ்வாமை அலர்ஜி	<input type="checkbox"/> பயம்
<input type="checkbox"/> தோல் பிரச்சினை	<input type="checkbox"/> பேச்சுக் கோளாறு	<input type="checkbox"/> எரிச்சல்படும் பிரச்சினைகள்
<input type="checkbox"/> செவிப்புலன் பிரச்சினை	<input type="checkbox"/> மூட்டுக்கோளாறு	<input type="checkbox"/> படுக்கையை சிறுநீரகத்தால் நனைத்தல்

வேறு பிரச்சினைகள் அல்லது சிக்கல்கள் உண்டா? ஆம் எனில், என்ன:

தற்பொழுது வைத்திய சிகிச்சை செய்யப்படுகின்றதா? ஆம் எனில் எதற்காக? வைத்தியரின் பெயர்?