

Traduction turque du formulaire "Questionnaire sur l' tat de sant   
(2  ann e d' cole enfantine et 4  ann e d' cole primaire)" / Edition 2021

## Sağlık durumu hakkındaki anket formu (Anaokulu 2.yıl ve ilkokul 4. ğretim yılı)

Sayın Anne ve Babalar,

Yakında okul doktoru zorunlu okul tıbbi muayenesi yapacaktır.

Çocuğunuzla ilgili olarak, aile doktorunuzca yapılmış bir muayene neticesi veya bir muayene randevusu varsa ve bu belgelenirse, çocuğunuz okul doktorunun muayenesinden muaf tutulur. Böyle bir belge, okul doktorunca **yapılacak olan muayeneden bir hafta önce** okul doktoruna verilmelidir. **Okul doktorunun muayene yapacağı gün, böyle bir belge yoksa, okul doktoru zorunlu muayeneyi yapmak durumundadır.**

Anaokulu çocuklarında, ana-babadan birinin muayene yerinde bulunması önemlidir ve arzu edilir. İlkokul 4' nc  sınıfta da ana veya babanın orada bulunması istenir. Muayene için getirilmesi gereken şeyler:

- Kapalı zarf içinde, tam olarak doldurulmuş sağlık durumu anket formu,
- Varsa, çocuğun gözlüğü,
- Aşı kartı,
- Gerekli fakat isteğe bağlı aşıların yapılmasıyla ilgili "Tavsiye Edilen Aşılar" (Empfohlene Impfungen) başlıklı formdaki uygun yerlerde yazılı olarak belirtilen izin, sağlık sigortası kimliği (Krankenkassenausweis); bu zorunlu olmayan gerekli aşılar hemen yapılacaktır.

Okul doktoru, zorunlu muayeneler sırasında, ana-babanın isteği ve izniyle daha başka vücut muayeneleri yapabilir ya da problem durumlarda tavsiyelerde bulunur. Ana-babalar, bu ek muayenelerle ilgili olarak, form üzerinde m saadelerini belirtip imza atmak durumundadırlar. Bu izin, okul muayenesi yapıldığı gün okul doktoruna verilmelidir.

**Autorisation des parents pour proc der   des examens compl mentaires / Biz anne ve baba olarak, doktorun çocuğumuza diğer vücut muayenelerini yapmasını arzu ediyor ve bunun için müsaade ediyoruz.**

Nous souhaitons que le m decin scolaire proc de   d'autres examens physiques et l'autorisons   le faire / Okul doktoru, bu anket formu sebebiyle veya yapılan mecburi muayene sonucuna göre, başka vücut muayenesini gerekli görürse, biz bunu kabul ediyoruz..

Lieu et date/Yer ve Tarih:

Signature des parents/Anne ve Babanın İmzası:

Soyadı: \_\_\_\_\_ Adı: \_\_\_\_\_ Doğum tarihi: \_\_\_\_\_

Sokağı: \_\_\_\_\_ İkamet yeri: \_\_\_\_\_

Anne-Babanın Soyadı/adı \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**En son mezun olunan okul**

Zorunlu eğitim (ortaokul, özel eğitim okulu)  anne  baba

Çıracılık eğitimi, Meslek maturası, Meslek Lisesi (orta öğretim 2.kademe)

İki Yıllık Meslek Yüksek O. Meslek Yüksek Okulu, Üniversite, Doktora (Yüksek Öğretim)

Babanın şu an icra ettiği meslek: \_\_\_\_\_

Annenin şu an icra ettiği meslek: \_\_\_\_\_

Kardeşlerin doğum tarihleri Erkek kardeş: \_\_\_\_\_ Kız kardeş: \_\_\_\_\_

**1. Gelişmesi ve önceden Geçirdiği hastalıklar hakkında bilgiler**

Aşağıdaki sorular sadece, önceden yapılan bir okul tıbbi muayenesinde cevaplandırılmadıysa veya o zamandan beri bir değişiklik olduysa cevaplandırılacaktır.

Çocuğunuz hangi yaşta? serbest yürüyebildi? \_\_\_\_\_ konuşabildi? \_\_\_\_\_

Çocuğunuzla son iki yıl içerisinde kontrol amaçlı çocuk doktoruna gittiniz mi? hayır  evet

Önceden geçirilen hastalıklar:

sürekli orta kulak enfeksiyonu	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	
sürekli anjin	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	
Kızamık	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	hangi yaşta? _____
Kabakulak	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	hangi yaşta? _____
Kızamıkçık	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	hangi yaşta? _____
Suçiçeği	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	hangi yaşta? _____
Boğmaca	<input type="checkbox"/>	hayır	<input type="checkbox"/>	evet	hangi yaşta? _____

Kronik hastalıkları var mı? (hangileri? ne zamandan beri?):

Kazadan kalan sakatlıklar var mı? (hangileri? ne zamandan beri?):

**2. Şimdiki sağlık durumu hakkında bilgiler**

Şu rahatsızlıkları var mı? (olanı işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/> Görme arızası	<input type="checkbox"/> Bel ağrısı	<input type="checkbox"/> Karın ağrısı
<input type="checkbox"/> Hareket arızası	<input type="checkbox"/> Kalp ve kan dolaşım hastalıkları	<input type="checkbox"/> Sinirlenme
<input type="checkbox"/> Astım/Akciğer hastalığı	<input type="checkbox"/> Uyku bozukluğu	<input type="checkbox"/> Öfke krizleri
<input type="checkbox"/> Kilo problemi	<input type="checkbox"/> Alerjiler	<input type="checkbox"/> Korkular
<input type="checkbox"/> Cilt hastalığı	<input type="checkbox"/> Konuşma bozukluğu	<input type="checkbox"/> Kıskançlık sorunları
<input type="checkbox"/> İşitme rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Eklem ağrıları	<input type="checkbox"/> Yatak ıslatma durumu

Başka hastalık veya rahatsızlıkları var mı? Varsa, hangileri?:

Şu an doktor tedavisi altında mı? Eğer evet ise, neden? Kimde?