

## إستمارة صحية Gesundheitsfragebogen

الطفل:	مواليد:
Kind	geb. am
الجنسية:	مكان الولادة:
Geburtsort	Nationalität
الشارع:	الرمز البريدي، المكان:
Straße	PLZ/Wohnort
تلفون:	موبايل:
Tel. Nr.:	Handy Nr.:
مقيم لدى:	
wohnhaft bei	
<input type="checkbox"/> الوالدين	<input type="checkbox"/> عائلة مربية
<input type="checkbox"/> الأب	<input type="checkbox"/> الوالدين بالتبني
<input type="checkbox"/> الأم	<input type="checkbox"/> الأم
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern
Adoptionseltern	
إسم طبيب العائلة أو طبيب الأطفال: -----	
Behandelnder Kinderarzt/Hausarzt-----	

### 1- كم أخ وأخت عندك:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

أخوات Schwester ----- أخوة Brüder -----

### 2- مجريات الولادة:

Verlauf der Geburt

أسبوع الحمل	في أي اسبوع من الحمل تمت ولادة طفلكم؟
Schwangerschaftswoche	In welcher Schwangerschaftswoche ist Ihr Kind geboren
سم	الوزن عند الولادة:
cm	Geburtsgewicht
قطر الرأس:	طول الجسم:
Kopfumfang	Körpergröße
سم	g
cm	
Apgar-Werte قيم فحوصات أبغار: --- / --- / ---	

### 3- في أي عمر كان طفلكم قادرا على:

Wann konnte Ihr Kind.....?

الجلوس لوحده	شهرًا
frei sitzen	Monate
المشي	شهرًا
laufen	Monate
نطق الكلمات الأولى	شهرًا
Erste Worte sprechen	Monate

4- ما هي التطعيمات (تلقيحات) التي حصل عليها طفلكم حتى الآن وكم مرة تم تلقيحه بها؟  
Welche Impfungen hat Ihr Kind bislang wie oft erhalten?

تواريخ التطعيم Datum der Impfungen						تطعيم ضد Impfung gegen
						Tetanus الكزاز
						Diphtherie الخناق/ الدفتريا
						Pertussis السعال الديكي
						Polio (OPV) شلل الأطفال
						Hepatitis B التهاب الكبد الفيروسي ب
						HiB المستدمية النزلية
						Pneumokokken المكورات الرئوية
						المكورات السحائية ج Meningokokken C
						Rotaviren فيروس الروتا
						Masern الحصبة
						النكاف/الحصبة الألمانية Mumps / Röteln
						Varizellen الحماق
						Influenza أنفلونزا
						فيروس الورم الحليمي البشري (للبنات) HPV (nur Mädchen)

5- ما هي الأمراض التي يعاني منها طفلكم؟  
Welche Erkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

- الحمي (تشنجات حرارة) Fieberkrampf  الصرع  Anfallsleiden (Epilepsie)  أكزيما Neurodermitis  الربو Asthma  
 خلل في القلب Herzfehler  السل Tuberkolose  السكري Diabetes  
 تشوهات خلقية ولادية -----  
 حوادث أو أمراض شديدة أخرى -----  
 Unfälle oder sonstige schwere Krankheiten -----

6- هل يتناول طفلكم أدوية بشكل دوري؟

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  
 نعم ja  nein لا

Medikamente angeben أية أدوية

7- هل يستعمل طفلكم أولديه أدوات مساعدة؟

Hat/nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?

- نظارة Brille  أجهزة سمع Hörgeräte  كرسي معوقين Rollstuhl  أجهزة تقويم عظام Orthesen  
 غير ذلك -----  
 Sonstiges -----

## 8- ماهي الإجراءات العلاجية التي تم تطبيقها مع طفلكم أو تستعدون لها:

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt oder sind geplant?

- العلاج الفيزيائي الطبيعي منذ/إعتبارا من  Physiotherapie seit/ab
- علاج النطق منذ/إعتبارا من  Ergotherapie seit/ab
- العلاج اللغوي منذ/إعتبارا من  Sprachtherapie seit/ab
- علاجات أخرى منذ/إعتبارا من  Sonstige seit/ab

## 9- معالجة سريرية في المستشفيات قبل الآن:

Bisherige Krankenhausaufenthalte:

من/حتى/ bis/von

السبب Grund

المشفى Krankenhaus/Klinik

---

---

---

---

## 10- ماهي العمليات الجراحية التي أجريت لطفلكم أو سوف تجرى له؟

Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt oder sind geplant?

- إستئصال لحمية الأنف، متى؟  Adenotomie wann?
- إستئصال اللوزات، متى؟  Tonsillektomie wann?
- أنبوب فغر طبلية الأذن، متى؟  Paukendrainage wann?
- عمليات أخرى، متى؟  Sonstige wann?

تم إملاء هذه الإستمارة  Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt

بتاريخ  بتاريخ  من قبل:  von  am

من أجل موعد مقابلة طفلكم نحتاج إلى الأوراق التالية (إن كانت متوفرة):

Für die Vorstellung Ihres Kindes benötigen wir (falls vorhanden) folgende Unterlagen:

دفتر معاينات الطفل، بطاقة التطعيمات ومجمل التقارير الطبية

**Vorsorgeuntersuchungsheft, Impfpass und Berichte** (Arztbriefe, Entwicklungsberichte, etc.)