

## ÇOCUĞA İLİŞKİN BİLGİLER

(tüm bilgiler isteğe bağlı olup kesinlikle gizliliğe ve verilerin korunması mevzuatına tabidir)

ANGABEN ZUM KIND (alle Angaben sind freiwillig, unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz)

**lütten almanca doldurun (BITTE IN DEUTSCH AUSFÜLLEN)**

Adı	Name	Soyadı	Vorname	Doğum tarihi / Uyuğu	Geburtsdatum/Nationalität
Çocukla evde en çok kim vakit geçiyor? Welche Person verbringt die meiste Zeit mit dem Kind zuhause?		Çocuğun kardeşleri (sadece yaşı belirtin) Geschwister des Kindes (nur Alter angeben)		Sorumlu hekim	Betreuende ärztliche Praxis
<b>Hamilelik ve doğum geçmişi:</b> Schwangerschaft und Geburtsverlauf:					
<input type="checkbox"/> Özel durum yok ohne Besonderheiten			<input type="checkbox"/> Özel durum yok ohne Besonderheiten		
<input type="checkbox"/> Şu özel durumlar bulunmaktadır: mit folgenden Besonderheiten:					
<input type="checkbox"/> Erken doğum _____hafta Frühgeburt _____Woche		<input type="checkbox"/> Sezaryen Kaiserschnitt		<input type="checkbox"/> Komplikasyonlar Komplikationen	
<b>Çocuğunuzun aşağıda belirtilen sorunlar var mı(ydı)?</b> Hatte oder hat Ihr Kind folgende Probleme?					
<input type="checkbox"/> Sık bronşit häufig Bronchitis		<input type="checkbox"/> Astım Asthma		<input type="checkbox"/> Egzama / Nörodermatit Ekzem / Neurodermitis	
<input type="checkbox"/> Sık karın ağrısı häufig Bauchschmerzen		<input type="checkbox"/> Sık baş ağrısı häufig Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/> Sık ya da uzun süreli soğuk algınlığı häufig oder lang andauernden Schnupfen	
<input type="checkbox"/> Sık orta kulak iltihabı / Kulak sorunları häufig Mittelohrentzündungen/ Probleme mit den Ohren			Son işitme testi _____ letzter Hörtest		
<input type="checkbox"/> Alerjiler _____ Allergie gegen					
<input type="checkbox"/> Kasılma nöbetleri (konvülsiyonlar) _____ Krampfanfälle (Gehirnkrämpfe)					
<input type="checkbox"/> Diğer ciddi veya kronik hastalıklar _____ sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen					
<input type="checkbox"/> Hastaneye yatışlar, cerrahi müdahaleler veya kazalar _____ Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle					
<input type="checkbox"/> Kullanılan ilaçlar _____ Medikamenteneinnahme					
<b>Çocuğunuzun tıbbi tedavi gördü mü / görüyor mu?</b> War oder ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?					
<input type="checkbox"/> Hayır tedavi görmedi/görmüyor nein, keine Behandlung			<input type="checkbox"/> Hayır tedavi görmedi/görmüyor nein, keine Behandlung		
<input type="checkbox"/> Göz tedavisi augenärztliche Behandlung		<input type="checkbox"/> KBB tedavisi HNO-ärztliche Behandlung		<input type="checkbox"/> Diş tedavisi zahnärztliche Behandlung	
<input type="checkbox"/> Ortodonti tedavisi kieferorthopäd. Behandlung		<input type="checkbox"/> Diğer (ör. sosyal pediatri merkezi) _____ Sonstiges (z.B. SPZ)			
<b>Çocuğunuzun terapi veya destek aldı mı / alıyor mu?</b> Hatte oder hat Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen?					
<input type="checkbox"/> Hayır terapi almadı/alıyor nein, keine Therapie			<input type="checkbox"/> Hayır terapi almadı/alıyor nein, keine Therapie		
<input type="checkbox"/> Konuşma terapisi / Logopedi Sprachtherapie/Logopädie		<input type="checkbox"/> Fizyoterapi Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> Ergoterapi Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Psikolojik destek psychologische Betreuung		<input type="checkbox"/> Diğer tedaviler veya terapiler _____ sonstige Behandlung oder Therapie			

### Aşağıdaki ifadelerden hangileri çocuğunuz için geçerlidir?

Welche der folgenden Angaben treffen auf Ihr Kind zu?

\_\_\_\_\_ aylıkken serbestçe yürüyebildi  
Es konnte mit \_\_\_\_\_ Monaten frei laufen

\_\_\_\_\_ aylıkken konuşmaya başladı  
Es begann mit \_\_\_\_\_ Monaten zu sprechen

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| - Emekledi<br>ist gekrabbelt  | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> hayır<br>nein               |
| - Öyküleri ve sesli okumaları dinlemeyi sever<br>hört gerne beim Erzählen und Vorlesen zu | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |
| - Yaşına uygun şekilde konuşuyor<br>spricht altersgemäß                                   | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> hayır<br>nein               |
| - Bir şeyle kendi başına meşgul olabilir<br>kann sich alleine beschäftigen                | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |
| - Gün boyunca ve geceleri kurudur<br>ist tagsüber und nachts trocken                      | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> hayır<br>nein               |
| - Grup içinde iyi bir şekilde konsantre olabilir<br>konzentriert sich in der Gruppe gut   | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |
| - Çoğunlukla huzursuzdur<br>ist häufig unruhig  | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> hayır<br>nein               |
| - Arkadaşları ve oyun arkadaşları var<br>hat Freunde und Spielkameraden                   | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |
| - Anaokuluna gitmeyi sever<br>geht gerne in den Kindergarten                              | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |
| - Sabırla bekleyebilir<br>kann geduldig abwarten  | <input type="checkbox"/> evet<br>ja | <input type="checkbox"/> daha çok hayır<br>eher nein |

Çocuğunuz televizyon, cep telefonu, tablet, bilgisayar, oyun konsolu gibi elektronik cihazlar ile ne kadar vakit geçiriyor?

Wie lange beschäftigt sich ihr Kind mit elektronischen Geräten wie TV, Handy, Tablet, Computer, Spielkonsolen?

Her gün yakl. \_\_\_\_\_ dakika  Her günden daha az sıklıkta  
Täglich insgesamt ca. \_\_\_\_\_ Minuten  seltener als täglich

### Göçmenlik geçmişi olan yasal vasiye / ebeveyne ilişkin bilgiler

Angaben zu den Erziehungsberechtigten bei Migrationsgeschichte:

Ebeveyn 1

Elternteil 1

Soyadı, Adı \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geldiği ülke \_\_\_\_\_

Herkunftsland

Bildiği diller:

Sprachkenntnisse:

Almanca

Deutsch

\_\_\_\_\_ tarihten beri Almanya'da bulunmaktadır  
In Deutschland seit

Diğer \_\_\_\_\_  
weitere

Ebeveyn 2

Elternteil 2

Soyadı, Adı \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geldiği ülke \_\_\_\_\_

Herkunftsland

Bildiği diller:

Sprachkenntnisse:

Almanca

Deutsch

\_\_\_\_\_ tarihten beri Almanya'da bulunmaktadır  
In Deutschland seit

Diğer \_\_\_\_\_  
weitere

**Yasal vasiye / ebeveyne ilişkin bilgiler:**

Angaben der Erziehungsberechtigten:

<b>Mesleđi</b> Berufliche Tätigkeit:	<b>Ebeveyn 1</b> Elternteil 1	<b>Ebeveyn 2</b> Elternteil 2	<b>Yaşam biçimi</b> Lebensform	<b>Velayet</b> Sorgerecht
Çalışmıyor nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Biyolojik ebeveyn leibliche Eltern	<input type="checkbox"/> Müşterek velayet gemeinsames Sorgerecht
Tüm gün Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tek ebeveynli alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Tek velayet alleiniges Sorgerecht
Yarım gün Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Müşterek velayet Wechselmodell	
Ev hanımı / erkeği Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ayrı yaşama in Trennung	
Ebeveyn izni Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Birlikte yaşama in Partnerschaft	
Erken emeklilik Frührente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Koruyucu ebeveyn Pflegeeltern	