

QUESTIONARIO PER I GENITORI (Parte 1)**Gentilissimi genitori,**

rispondere alle seguenti domande è **facoltativo**, ciò significa che potete decidere Voi se compilare il questionario, tutto o in parte, oppure non compilarlo affatto. Qualunque sia la Vostra scelta, ciò non comporterà svantaggi né per Voi, né per Vostro figlio. Certo è che, compilandolo accuratamente, ci aiuterete molto nella preparazione della visita e nel nostro lavoro di consulenza nei Vostri confronti.

Le domande del questionario sono volte a fornire quelle informazioni relative alla situazione familiare e sociale di Vostro figlio, ed al suo stato di salute, che possono avere effetti sullo sviluppo scolastico. Qualora le domande o il loro significato non Vi fossero chiari, Vi invitiamo a rivolgerVi al Vostro Ufficio d'Igiene (Gesundheitsamt).

Una volta effettuata la visita per l'inserimento scolastico, il questionario, unitamente alla restante documentazione di Vostro figlio necessaria per la visita medico-scolastica, verrà conservato sotto chiave nel rispetto della *privacy* dei dati personali. Tutti i documenti resteranno a disposizione nel caso abbiate necessità di una consultazione.

La compilazione e la consegna del questionario sono equiparabili ad un consenso. Tale consenso nei confronti dell'Ufficio d'Igiene può essere da Voi revocato in qualsiasi momento. La revoca non comporterà svantaggi né per Voi, né per Vostro figlio.

Cordiali saluti**Il vostro team di pediatri e medici dell'età adolescenziale**

Cognome del bambino: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Scuola materna: _____ Gruppo: _____

1. Dove vive principalmente Suo figlio? (Si prega di apporre una sola croce!)

- Presso i genitori.....
- Presso un solo genitore (madre o padre).....
- Presso la madre ed il suo nuovo partner
o presso il padre e la sua nuova partner.....
- Presso altri parenti.....
- Presso genitori affidatari.....
- In un istituto.....

2. Con quanti fratelli e/o sorelle maggiori e minori vive Suo figlio?

(Inclusi fratellastri e sorellastre, e fratelli e sorelle acquisiti con nuovo matrimonio del genitore.)

Mio figlio non vive con fratelli e/o sorelle, vive come figlio unico

→ Passare alla domanda 3

Indicare gli anni di nascita di fratelli e/o sorelle:

□□	□□	□□	□□	□□
----	----	----	----	----

3. Da quanto tempo Lei vive principalmente in Germania?

(Si prega di compilare per entrambi i genitori!)

Madre Dalla mia nascita

Dal (anno)

□	□	□	□
---	---	---	---

Padre Dalla mia nascita

Dal (anno)

□	□	□	□
---	---	---	---

4. Quale lingue parlate in casa?

Tedesco

Altre lingue

Quali altre lingue? _____

5. Quale lingua è stata usata in modo predominante con Suo figlio durante i suoi primi tre anni di vita?

Tedesco

Altre lingue

Quali altre lingue? _____

6. La nascita di Suo figlio è stata

un parto normale ?

un parto prematuro ?.....

un parto gemellare ?.....

Quanto pesava Suo figlio alla nascita?

ca.

--	--	--	--

 grammi Non so

Ci sono state complicazioni durante il parto?

Sì No Non so

Se sì, quali? _____

7. Suo figlio ha o ha già avuto le seguenti malattie?

Asma Sì No

Negli ultimi dodici mesi ha riscontrato difficoltà respiratorie
(sibili o affanno)?..... Sì No

Otite media (minimo due)..... Sì No

Cardiopatìa..... Sì No

Diabete/Diabete mellito..... Sì No

Epilessia Sì No

Emofilia/altre malattie del sangue..... Sì No

Malattie reumatiche..... Sì No

8. Suo figlio ha mai avuto altre malattie, diverse dalle suddette?

Sì No Non so

Se sì, quali? (Si prega di rispondere in tedesco)

9. Suo figlio porta occhiali (altro ausilio ottico)? Sì No

A quanti anni Suo figlio ha messo l'ausilio ottico? A

--	--

 anni

Suo figlio è stato mai visitato o sottoposto ad una qualsiasi cura
da un oculista negli ultimi sei mesi?
Sì No

10. **Suo figlio sente (udito) regolarmente male?** Sì No Non so

11. Alcune domande sullo stato di salute di Suo figlio:

Suo figlio necessita o gli vengono prescritte dal medico determinate medicine (eccetto vitamine)? Sì No

Se sì, quali? (Si prega di rispondere in tedesco):

Le medicine devono essere somministrate al bambino a scuola (inclusa materna)? Sì No

Se sì, quali? (Si prega di rispondere in tedesco):

Suo figlio è sottoposto o è in attesa di una terapia speciale, come ad es. fisioterapia, ergoterapia o terapia linguistica? Sì No

◆	No	Sì	Inizio all'età di			Il bambino è in lista d'attesa	Durata in anni			La terapia è stata conclusa
			2	3	4		<1	2	3	
Sostegno linguistico sc. materna*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altri tipi di misure di sostegno o curative Quali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suo figlio ha problemi emozionali, di sviluppo o comportamentali per i quali necessita o riceve consulenza e/o cure? Sì No

*Sprachförderung?

12. Si preoccupa...

... che Suo figlio possa sviluppare difficoltà di lettura/ortografia (legastenia), ad es. perché ne sono o sono stati colpiti altri componenti della famiglia?

Sì No

... dello sviluppo di Suo figlio, perché al momento sussistono problemi di salute o altro all'interno della Sua famiglia?

Sì No

Se sì, quali? _____

... del comportamento di Suo figlio, ad es. perché troppo timido o impetuoso, o del suo umore, perché Le sembra ad es. triste?

Sì

No

Se sì La invitiamo a compilare l'ultima pagina per poter noi preparare una consulenza oppure un'ulteriore visita.

13. Per quanto tempo a tutt'oggi Suo figlio ha frequentato la scuola materna?

mai

fino a 1 anno

fino a 2 anni

fino a 3 anni

3 anni e più

14. Per quanto tempo Suo figlio guarda in media al giorno la TV, videofilm, DVD e/o quanto tempo trascorre al computer? (Si prega di indicare ciò che si avvicina di più alla realtà)

Per niente

circa 30
minuti/giorno

circa da 1 a 2
ore/giorno

circa da 3 a 4
ore/giorno

più di 4
ore/giorno

Un giorno infrasettimanale

Il sabato/la domenica

C'è un televisore in camera di Suo figlio? Sì No

15. Dati sociodemografici

Le persone di riferimento adulte del bambino ...

padre

madre

hanno la seguente età (in anni):

--	--

--	--

hanno il seguente titolo di studio:

Förderschule¹

Hauptschule²

Mittlere Reife³

Maturità, maturità tecnica (FH).....

Altro:

nessuno.....

hanno conseguito il titolo di studio in Germania.....

¹ N.d.T. Förderschule = in Germania, Scuola Speciale per bambini con difficoltà di apprendimento

² N.d.T. Hauptschule = in Germania, Scuola postelementare di avviamento professionale generalmente della durata di cinque anni

³ N.d.T. Mittlere Reife = in Germania, licenza tecnica che si ottiene a conclusione della Realschule, dopo la decima classe, e dà accesso agli istituti professionali di commercio, tecnici o commerciali e al triennio dei licei.

lavorano a tempo pieno.....

part-time

turni/lavoro notturno

come casalinga/-o

al momento no