

Erhebungsbogen – im Rahmen der pädagogisch-audiologischen Beratung

Um Sie erfolgreich beraten zu können und uns auf das Gespräch mit Ihnen bestmöglich vorzubereiten, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen an uns zurück. Wir bestätigen Ihnen den Eingang per E-Mail. Um das weitere Vorgehen mit Ihnen zu besprechen, setzen wir uns erneut mit Ihnen in Verbindung. Wir bitten Sie, sofern vorhanden, uns Berichte von Ärzten, Therapeuten, Kliniken etc. in Kopie mitzuschicken.

Name, Vorname (Kind):

Geburtsdatum: ggf. Familiensprache:

Name, Vorname der Mutter: Beruf:

Anschrift:

Telefon/Mobil:

email-Adresse:

Name, Vorname des Vaters: Beruf:

Anschrift (falls abweichend)

Telefon/Mobil:

email-Adresse:

Vorstellungsgrund

Von wem und aus welchem Grund wird eine Überprüfung der Hörfähigkeit gewünscht?

.....
.....
.....

Zurzeit besuchte Einrichtung (Schule/Kindergarten):

Anschrift:

Telefon: Klasse:

Bisher durchgeführte Therapie:

Therapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ sonstige Therapien

Name

Wann?

Angaben über durchgeführte Untersuchungen:

Sozialpädiatrisches Zentrum ☐ nein ☐ ja wann?

Name: ☐ Bericht liegt bei

Psychotherapeutische Beratung/Unterstützung ☐ nein ☐ ja wann?

Name: ☐ Bericht liegt bei

Liegt eine Intelligenzdiagnostik vor? ☐ nein ☐ ja ☐ Bericht liegt bei

Liegt eine AD(H)S –Diagnostik vor? ☐ nein ☐ ja ☐ Bericht liegt bei

Krankheitsgeschichte des Kindes:

Geburtskomplikationen ☐ nein ☐ ja

Krankheiten des Zentralnervensystems (Meningitis, Encephalitis, Poliomyelitis, Krämpfe, Impfkomplicationen)

☐ nein ☐ ja (bitte nennen):

Ärztliche Behandlung

HNO-Arzt/Ärztin/-Klinik ☐ nein ☐ ja wann?

Name: ☐ Bericht liegt bei

wegen ☐ Mittelohrentzündung ☐ OP Polypen ☐ OP Paukenröhrchen

☐ Trommelfellschnitt ☐ Sonstiges:

☐ bisher nicht ☐ selten ☐ häufig

Wann fand(en) die Behandlung(en) statt?

.....

Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ nein ☐ ja

Wurden Hörtests durchgeführt? ☐ nein ☐ ja (bitte nennen):

Bemerkungen:

Sind in der Familie Hörstörungen bekannt? ☐ nein ☐ ja

Sind in der Familie Sprachstörungen bekannt? ☐ nein ☐ ja

Zusätzliche Beeinträchtigungen/Behinderungen (Sehen, Motorik, Verhalten) ☐ nein ☐ ja (bitte nennen):

.....

Hör-/Sprachsituation des Kindes

Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind nicht hört bzw. auffallend schlecht Sprache versteht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte eine kurze Beschreibung der Situation:

.....

Ist Ihr Kind sehr lautstärkeempfindlich? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Situation (bei welchen Geräuschen, wo, etc.):

.....

Beschwert sich Ihr Kind, wenn zu leise gesprochen wird (bei normallauter Umgangssprache)? ☐ nein ☐ ja

Spricht Ihr Kind auffallend laut? ☐ nein ☐ ja

Werden Informationen und/oder Fragen häufig falsch verstanden? ☐ nein ☐ ja

Fragt Ihr Kind häufig nach? ☐ nein ☐ ja

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten die Richtung zu bestimmen, aus der es gerufen wird? ☐ nein ☐ ja

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sich Liedtexte und Reime etc. zu merken? ☐ nein ☐ ja

Verliert Ihr Kind auffallend rasch das Interesse, wenn Geschichten vorgelesen werden? ☐ nein ☐ ja

Werden Aufträge nicht oder nur unvollständig ausgeführt, besonders wenn Ihr Kind sich mehrere Anweisungen merken muss? ☐ nein ☐ ja

Hat Ihr Kind Probleme einem Gespräch zu folgen, an dem mehrere Personen beteiligt sind? ☐ nein ☐ ja

Gibt es Sprechauffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

.....

Gibt es einen mehrsprachigen Hintergrund? ☐ nein ☐ ja

Spricht Ihr Kind wenig/gar nicht? ☐ nein ☐ ja

Äußert sich Ihr Kind überwiegend in kurzen Sätzen? ☐ nein ☐ ja

Benutzt es häufig eine falsche Satzstellung? ☐ nein ☐ ja

Gibt es andere Auffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

.....

.....

Für Schulkinder:

Bestehen Schulprobleme?

☐ nein

☐ ja:

☐ Rechtschreibprobleme

☐ im Verhalten

☐ bei den Hausaufgaben

☐ im Kontakt mit den Mitschülern

☐ geringe Konzentrationsfähigkeit

☐ zunehmende Müdigkeit bzw. Leistungsabfall im Verlauf eines Vormittags

Bisher durchgeführte **Fördermaßnahmen** in der Schule:

.....

.....

.....

.....

Bemerkungen / Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

Nur auszufüllen bei einer bereits festgestellten und bleibenden Hörschädigung:

Wer hat die Hörschädigung festgestellt? (Bitte den *aktuellsten Untersuchungsbericht* mitschicken!)

.....

Wann wurde die Hörschädigung festgestellt?

.....

Hörtechnische Versorgung:

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Auch wenn Sie nicht alle Fragen beantworten konnten, schicken Sie bitte trotzdem den Erhebungsbogen zurück. Offene Felder füllen wir ggf. dann gemeinsam aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!