

HERMANN-SCHAFFT-SCHULE HOMBERG (Efze)

Eine Einrichtung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen

Überregionales Beratungs- und Förderzentrum

Schule mit den Förderschwerpunkten Hören und Kommunikation und dem Förderschwerpunkt Sehen



-Beratungsstelle-

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,Impfkomplikationen)

nein ja (bitte nennen):

Ärztliche Behandlung

HNO-Arzt/Ärztin/-Klinik nein ja wann?

Name:

Bericht liegt bei

wegen Mittelohrentzündung OP Polypen OP Paukenröhren

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 normaler 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 Sprechaffälligkeiten? 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?

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> Rechtschreibprobleme | <input type="checkbox"/> im Verhalten |
| | | <input type="checkbox"/> bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> im Kontakt mit den Mitschülern |
| | | <input type="checkbox"/> geringe Konzentrationsfähigkeit | |
| | | <input type="checkbox"/> 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!