

## Eltern-Erfassungsbogen für Schülerinnen und Schüler

### 1. Persönliche Daten

	Name, Vorname	Geburtsdatum
Kind		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Mutter		
Vater		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		
Telefon, E-Mail		

### 2. Vorstellungsgrund

Wer hat den Vorschlag gemacht, für Ihr Kind Unterstützung vom Förder- und Beratungszentrum Hören und Kommunikation anzufragen?	
Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns vorgestellt? Wenn ja, wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### 3. Frühkindliche Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung in den ersten Lebensjahren? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### 4. Sprachentwicklung - Kommunikation

Gibt es einen mehrsprachigen Hintergrund? Wenn ja, welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wann sprach Ihr Kind die ersten Wörter ( <i>Mama, Papa, usw.</i> )? In welcher Sprache?	
Wann sprach Ihr Kind erstmals kurze Sätze? In welcher Sprache?	
Spricht Ihr Kind jetzt deutlich und verständlich?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind altersgemäß?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## 5. Fördermaßnahmen

Welche Fördermaßnahmen/Therapien erhielt Ihr Kind bis heute? (Integrativer Kindergarten, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Psycho-, LRS-Therapie ..) Bitte notieren Sie die ungefähren Zeiträume!
Welche Fördermaßnahmen/Therapien erhält Ihr Kind zurzeit? (Integrativer Kindergarten, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Psycho-, LRS-Therapie ..) Bitte schicken Sie die aktuellen Berichte mit!

## 6. Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind zurzeit (Name, Anschrift, Ansprechpartner)? (Schicken Sie bitte eine Kopie des letzten Zeugnisses mit!)
Was läuft gut?
Gibt es schulische Probleme?

## 7. Bisherige Diagnostik

Gab es bei Ihrem Kind schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorgestellt? Wenn ja, warum?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bitte den letzten Bericht mitschicken! Liegt ein Intelligenztest vor? Wenn ja, bitte den Bericht mitschicken!	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine AD(H)S-Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, bitte den Bericht mitschicken!	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ohrprobleme in der bisherigen Entwicklung		
Mittelohrentzündungen oder Paukenergüsse	im Alter von 0 - 2 Jahren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	im Alter von 2 - 4 Jahren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	später/ aktuell wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Paukenröhrchen Wenn ja, wann? Wie häufig? Derzeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hat/ hatte ihr Kind:		
ein „Loch“ im Trommelfell	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
eine Polypen-Entfernung	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
eine Mandel-OP	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
auffallend häufige Erkältungsinfekte	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
allergischen Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
Derzeit zuständiger HNO-Arzt (Name, Anschrift, Telefon):		
Die letzte HNO-ärztliche Untersuchung war am: (Bitte Befundbericht mitschicken!)		

### 8. Hörtechnische Versorgung

*Die folgenden Angaben sind nur auszufüllen, wenn bereits eine Schwerhörigkeit diagnostiziert wurde!*

Wann wurde die Hörschädigung festgestellt? \_\_\_\_\_

Zuständiger...

... HNO-Arzt (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

... Akustiker (Firma, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

... Pädaudiologische Klinik (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_  
(Bitte letzten Bericht mitschicken!)

Wann fand die letzte Neuversorgung statt?	_____
Finden noch CI-Reha-Maßnahmen statt? <i>(Bitte letzten Bericht mitschicken!)</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Mein/unser Kind ist versorgt mit:  <input type="checkbox"/> rechts    <input type="checkbox"/> links    <input type="checkbox"/> DAÜ-Anlage	<input type="checkbox"/> HdO <input type="checkbox"/> KL-Hg <input type="checkbox"/> CI  <input type="checkbox"/> HdO <input type="checkbox"/> KL-Hg: <input type="checkbox"/> CI  <input type="checkbox"/> Sender <input type="checkbox"/> Empfänger	Fa./Typ: _____ Fa./Typ: _____ Fa./Typ: _____  Fa./Typ: _____ Fa./Typ: _____ Fa./Typ: _____  Fa./Typ: _____ Fa./Typ: _____
---	--	--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten