

**Eltern-Erfassungsbogen für die Überprüfung in der Beratungsstelle für  
Pädagogische Audiologie**

**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 anzufordern?		
Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns vorgestellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?		

**3. Frühkindliche Entwicklung**

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

**4. Sprachentwicklung - Kommunikation**

Gibt es einen mehrsprachigen Hintergrund?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen?		
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 oder erhält Ihr Kind bis heute? (Integrativer Kindergarten, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Psycho-, LRS-Therapie ..) Bitte notieren Sie die ungefähren Zeiträume!

## 6. 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"/>
Liegt ein Intelligenztest vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine AD(H)S-Diagnostik durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Ohrprobleme in der bisherigen Entwicklung</b>		
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:		

## 7. 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? ja  nein   
(Bitte letzten Bericht mitschicken!)

Mein/unser Kind ist versorgt mit:

rechts

HdO

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

KL-Hg

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

CI

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

links

HdO

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

KL-Hg:

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

CI

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

DAÜ-Anlage

Sender

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

Empfänger

Fa./Typ: \_\_\_\_\_

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

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