

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?

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 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