

**Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Radeloff

**Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Plastische Operationen**

**Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie**

**PÄDAUDIOLOGIE - FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG VON KINDERN**

Name: ..... PLZ / Wohnort: .....

Vorname: ..... Straße: .....

geb. am ..... tel erreichbar: .....

Geschlecht: ..... versichert bei .....

e-Mail .....

Kinderarzt .....

HNO-Arzt .....

**GRUND DER ANMELDUNG:**

- auffälliges Neugeborenen-Hörscreening
- Hörstörung
- Sprechstörung/Redeflussstörung
- Sprachentwicklungsstörung
- Hörwahrnehmungs- und -verarbeitungsstörung (AVWS)
- Teilleistungsstörung (LRS)
- Fütter-/Schluckstörung
- kindliche Stimmstörung
- sonstiges: .....

Zusätzliche Angaben:

ein-      zwei-      mehrsprachige Erziehung:

**ERBLICHE ERKRANKUNGEN / FAMILIÄRE BELASTUNG:**

Gibt es in der Familie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> früh aufgetretene Hörstörungen | <input type="radio"/> Sprech-/Sprachstörungen (z.B. Stottern) |
| <input type="radio"/> verspäteter Sprechbeginn       | <input type="radio"/> Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)         |

**SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT:**

Angaben u.a. im gelben U-Heft und Mutterpass

Schwangerschaft  ohne /  mit Komplikationen

Welche:

.....

Geburt:  vaginal /  Saugglocke /  Kaiserschnitt in der ..... SSW.

Geburtsgewicht: ..... g; Geburtslänge: ..... cm; Kopfumfang: ..... cm

APGAR ...../ ...../ .....

Neugeborenen-Hörscreening rechts ..... links..... (auffällig oder unauffällig?)

Komplikationen nach der Geburt:  Krämpfe /  Atemnot /  Gelbsucht

Antibiotika? Welche?.....

Sonstige:

**KRANKHEITEN:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mittelohrentzündungen | <input type="radio"/> Fieberkrämpfe |
| <input type="radio"/> Paukenerguss          | <input type="radio"/> CMV           |
| <input type="radio"/> Hirnhautentzündung    | <input type="radio"/> Toxoplasmose  |
| <input type="radio"/> Windpocken            | <input type="radio"/> Scharlach     |
| <input type="radio"/> Asthma                | <input type="radio"/> Keuchhusten   |
| <input type="radio"/> Allergien             | <input type="radio"/> Neurodermitis |

Welche / Sonstige:

Medikamente:

## ENTWICKLUNG

In welchem Alter erreichte Ihr Kind folgende Entwicklungsstufen:

Freies Sitzen ..... Monate; Freies Gehen ..... Monate; Laufrad fahren: ..... Monate

Sauberkeitserziehung/windelfrei ..... Monate

Beginn mit Lallen („Ma-ma-ma“, „Da-da-da“ o.ä.) ..... Monate

Erste Wörter ..... Monate Erste Sätze ..... Monate

Aktuell: Wieviel Wörter benutzt Ihr Kind in einem Satz: .....

Versteht Ihr Kind, was man ihm sagt  ja /  nein

Führt Ihr Kind einfache, mündlich gegebene Aufträge aus:  ja /  nein

Wo liegen seine Stärken:

In welchen Entwicklungsbereichen gab es in den letzten 3-6 Monaten die größten Fortschritte:

## BISHERIGE FÖRDERUNG

Welche Therapeuten / Institutionen haben Sie mit Ihrem Kind aufgesucht:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Frühförderung                     | <input type="radio"/> Sozialpädiatrisches Zentrum           |
| <input type="radio"/> Logopädie / Sprachtherapie        | <input type="radio"/> Ergotherapie / Beschäftigungstherapie |
| <input type="radio"/> Physiotherapie / Krankengymnastik |   |

Sonstiges:

**SOZIALES UMFELD**

Name / Geb.-Datum / Beruf		berufstätig? Vollzeit / Teilzeit / nein		
Mutter:	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater:	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschwister	1. m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Alter: .....	2. m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Alter: .....		
	3. m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Alter: .....	4. m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Alter: .....		

Hauptsächliche Bezugspersonen Ihres Kindes:

.....

**BETREUUNG TAGSÜBER:**

Krippe     KiTa     Regel- Kindergarten

Sprachheil-Kindergarten     heilpädagogischer Kindergarten

seit ..... Gibt es dort Probleme? .....

Schule; Klasse: .....

Grundschule     Sprachheilschule     Förderschule     Oberschule

Gymnasium

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?