

Name des Kindes: ..... Datum: .....

**häusliches Umfeld:**

- Ist die Wohnsituation Ihres Kindes eher leise oder laut (z.B. durch eine Straße, Fluglärm o.ä.)?
  
- Ist die Wohnsituation Ihres Kindes eher ruhig oder unruhig (z.B. durch Geschwister, Arbeitsplatz der Eltern zu Hause o.ä.)?
  
- Gibt es etwas, das Sie zum häuslichen Umfeld Ihres Kindes erwähnenswert finden?

**Sprechen / Lesen / Schreiben:**

Trifft einer der folgenden Punkte auf Ihr Kind zu?

- später Spracherwerb .....  
.....
- verlangsamter Spracherwerb .....  
.....
- undeutliche Aussprache .....  
.....
- unangemessen leise Stimme .....  
.....
- unangemessen laute Stimme .....  
.....
- Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Wörtern .....  
.....
- viele Rechtschreibfehler .....  
.....
- Verwechslung ähnlich klingender Wörter / Buchstaben .....  
.....

**Hören:**

Trifft einer der folgenden Punkte auf Ihr Kind zu?:

- scheint nicht gut zu hören (es fragt z.B. oft nach, wenn es angesprochen wird) .....  
.....
- übersensibel gegenüber Geräuschen (es wird z.B. leicht durch Geräusche gestört) .....  
.....
- sehr feines Hören ("es hört die Flöhe husten") .....  
.....
- versteht in lauter Umgebung oder bei mehreren Sprechern das Gesagte nicht (gut) .....  
.....
- erkennt die Richtung nicht, aus der ein Geräusch kommt .....  
.....

**Konzentration / Aufmerksamkeit**

Wie ausgeprägt sind folgende Punkte bei Ihrem Kind?: (0 = gar nicht bis 10 = sehr stark)

- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| - Probleme mit der Konzentration              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Verträumtheit                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Nervosität                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - große Aktivität bis zur Hyperaktivität      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - zunehmende Ermüdung im Laufe des Vormittags | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Ablenkbarkeit durch Geräusche               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**Medikamente:****Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?**

- Bitte nennen Sie auch solche Medikamente, die Ihr Kind wegen Krankheiten einnimmt, die nichts mit den Ohren zu tun haben.
- Ist Ihr Kind in den letzten Wochen geimpft worden?

**Krankheiten:****Bitte geben Sie alle Krankheiten an, die Ihr Kind zur Zeit hat oder in den letzten Wochen hatte.**

- akute Krankheiten, die direkt das Hören beeinträchtigen (wie Schnupfen, Mittelohrentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung ...)
- akute Krankheiten, die in keinem Zusammenhang zum Gehör zu stehen scheinen
- chronische Erkrankungen (einschließlich Allergien und Heuschnupfen)

**Mittelohr:**

- Hatte Ihr Kind (schon häufiger) Mittelohrentzündungen? Wann und wie oft?
- Hatte Ihr Kind (schon häufiger) Paukenergüsse? Wann und wie oft?
- Liegen zur Zeit Paukenröhrchen? Lagen zu einem früheren Zeitpunkt Paukenröhrchen?
- Hat Ihr Kind Narben auf dem Trommelfell (durch frühere Ergüsse oder Paukenröhrchen)?
- Gab es Operationen im Bereich des Ohres? Wenn ja: wann und welche?

**Befinden:**

**Wie ist der emotionale Zustand Ihres Kindes?** z.B. Reizbarkeit, Apathie, Traurigkeit, Ruhelosigkeit, Aggression, Zurückgezogenheit ...

**Spielt Ihr Kind ein Instrument?** Wenn ja: welches?