

# Klinik für Kommunikationsstörungen

(Hör-, Stimm- und Sprachstörungen)

Leiterin des Schwerpunktes: Univ.-Prof. Dr. A. Keilmann

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Langenbeckstr. 1

55131 Mainz

Telefon: 06131/17-2473

Telefax: 06131/17-6623

Sprechstunde nach Vereinbarung

## Fragebogen zur Anmeldung von Kindern

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

Vorname: ..... Straße: .....

Geb.-Datum: ..... tel. erreichbar: .....

Geschlecht: ..... Krankenkasse: .....

e-mail-Adresse: ..... Versichert mit wem: .....

### Grund der Anmeldung (bitte ankreuzen / ggf. unterstreichen):

- Hörstörung, leichten / schweren Grades
- Sprachstörung / Sprachentwicklungsverzögerung
- Hörwahrnehmungs- und verarbeitungsstörung
- Stimmstörung (z.B. Heiserkeit)
- Stottern
- Schluckstörung

### Zusätzliche Angaben:

Seit wann besteht die Störung? **Werden Hörgeräte getragen?** Seit wann? Bestehen weitere (Grund-) Erkrankungen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Familiengeschichte:**

Hatte oder hat jemand in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Cousins, Cousinen) eine der folgenden Krankheiten / Störungen? (Bei Antworten mit „ja“ bitte Angabe der verwandtschaftlichen Beziehung)

Hörstörungen ..... nein ( ) ja ( )  
Sprachstörungen (z.B. Stottern) ..... nein ( ) ja ( )  
Verspäteter Sprechbeginn oder Lese-Rechtschreib-Schwäche

**Schwangerschaft und Geburt:**

Gab es Auffälligkeiten im Verlauf der Schwangerschaft, z. B. Blutungen, vorzeitige Wehen, Medikamenteneinnahme, Komplikationen? ..... nein ( ) ja ( )

Ggf. wann ? .....

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren ? (s. gelbes U-Heft S. 1) .....

Geburtsgewicht: ..... g                      Geburtslänge: ..... cm

Apgarwerte: ...../...../.....

Saugglockengeburt oder Kaiserschnitt ? ..... nein ( ) ja ( )  
(wenn ja zutreffendes bitte unterstreichen)

Traten nach der Geburt bei Ihrem Kind Komplikationen auf, z.B.:

Krämpfe, Atemnot, Gelbsucht ..... nein ( ) ja ( )

Sonstiges (z.B. Phototherapie) .....  
.....

**Krankheiten:**

An welchen Krankheiten ist Ihr Kind schon erkrankt ? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- wiederholte Mittelohrentzündungen                       Lungenentzündung
- Paukenhöhlenerguss     Hirnhautentzündung
- Windpocken     (Fieber-) Krämpfen
- Scharlach     Allergien
- Keuchhusten     Asthma
- Toxoplasmose     Neurodermitis

Sonstige Erkrankungen/Unfälle/Operationen oder Krankenhausaufenthalte (bitte mit Datumsangabe)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....

Welche Medikamente werden derzeit regelmäßig eingenommen?

.....  
.....

**Entwicklung:**

Erinnern Sie sich noch, in welchem Alter bei Ihrem Kind folgende „Entwicklungsstufen“ auftraten ?

Die ersten Wörter (Papa / Mama) mit ..... Monaten

Wann reihte Ihr Kind zwei sinnbezogene Wörter aneinander ?  
(z.B. Ball da, Papa Auto) mit ..... Monaten

Wieviele Wörter benutzt Ihr Kind **derzeit** in einem Satz ? .....

Meinen Sie, dass Ihr Kind alles versteht, was Sie ihm sagen? nein ( ) ja ( )

Kann Ihr Kind mündlich gegebene Aufträge durchführen? nein ( ) ja ( )

Freies Gehen mit ..... Monaten

Freies Sitzen mit ..... Monaten

Sauber und trocken mit ..... Monaten

Worin liegen die Stärken Ihres Kindes? .....

.....

In welchen Entwicklungsbereichen hat Ihr Kind in den letzten Monaten die größten Fortschritte gemacht?

.....

.....

**Hörvermögen:**

Welches Ergebnis hatte das Neugeborenen-Hörscreening?

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört ? nein ( ) ja ( )

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht ? ( Falls ja, bitte Audiogramm beifügen) nein ( ) ja ( )

**Welche Ärzte/Therapeuten/Institutionen haben Sie mit Ihrem Kind bereits aufgesucht?**

(Bitte Namen der Therapeuten und Behandlungszeitraum bzw. Therapieeinheiten angeben)

Kinderarzt: .....

HNO-Arzt: .....

Sozialpäd. Zentrum / Frühförderung: .....

Logopädie / Sprachtherapie: .....

