

Fragebogen zur Anmeldung von Kindern im phoniatisch-pädaudiologischen SPZ

Hinweis: Bitte füllen Sie den Fragebogen nur aus, wenn Sie Ihr Kind zum **ersten** Mal bei uns anmelden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie **alle Fragen vollständig und leserlich!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an kommunikation-hno@unimedizin-mainz.de oder per Post an folgende Adresse: Universitätsmedizin Mainz, HNO-Klinik, Abteilung für Kommunikationsstörungen, Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz.

A. PERSONALIEN

Name des Kindes, Vorname:	_____			Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>		
Name, Vorname Elternteil 1:	_____			Geburtsdatum:	_____
Name, Vorname Elternteil 2:	_____			Geburtsdatum:	_____
Anschrift beider Eltern:	_____				
Telefonnr. beider Eltern:	_____				
Email beider Eltern:	_____				
Krankenkasse:	_____				
Kind ist versichert bei:	_____				
	Name, Vorname				

B. VORSTELLUNGSGRUND

- auffälliges Neugeborenen-Hörscreening
- Hörstörung
- Sprachstörung / Sprachentwicklungsverzögerung
- Hörwahrnehmungs- und -verarbeitungsstörung (AVWS)
- Stimmstörung (z. B. Heiserkeit)
- Schluckstörung
- Stottern
- Sonstiges, bitte kurz erläutern: _____
- _____
- _____

Wer hat empfohlen, Ihr Kind bei uns vorzustellen? _____

Seit wann besteht die Störung?

Werden Hörgeräte getragen?

nein

ja

Welche?

Ist eine der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

- Hörstörungen

nein

ja

Bei wem?

- Sprachstörungen

nein

ja

Bei wem?

- Sonstiges, bitte kurz erläutern:
-

Haben oder hatten Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört?

nein

ja

Wurde schon einmal ein Hörtest durchgeführt?

nein

ja, bitte ankreuzen:

Ergebnis auffällig

Ergebnis nicht auffällig

Ergebnis nicht bekannt oder erinnerlich

Bestehen (Grund-)Erkrankungen?

nein

ja

Welche?

Besteht Anbindung an ein anderes SPZ?

nein

ja

Welches?

Wann ist der nächste Termin?

Ist ein Behindertenausweis vorhanden?

nein

ja

Merkzeichen: _____

Gibt es eine Pflegestufe?

nein

ja, und zwar: _____

Sonstiges:

C. BISHERIGE ENTWICKLUNG

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?

nein

ja, und zwar:

CMV

Blutungen

Vorzeitige Wehen

Sonstige: _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren (siehe Gelbes U-Heft, S. 1) ? _____

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

APGAR-Werte: _____ / _____ / _____

Gab es Komplikationen nach der Geburt? nein
 ja, und zwar: Krämpfe
 Atemnot
 Gelbsucht
 Sonstige: _____

Sonstiges (z.B. Photo-Therapie): _____

Wann hat Ihr Kind die ersten Wörter gesprochen? mit _____ Monaten

Wann hat Ihr Kind zwei sinnbezogene Wörter gesprochen
(z. B. „Ball da“, „Papa Auto“)? mit _____ Monaten

Wie viele Wörter spricht Ihr Kind zur Zeit in einem Satz? _____ Wörter

Versteht Ihr Kind inhaltlich alles, was Sie sagen? nein ja

Kann Ihr Kind mündlich gegebene Aufträge durchführen
(z. B. „Hol den Teller!“)? nein ja

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen? nein ja

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Sauber und Trocken mit _____ Monaten

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Welche Therapien oder Fördermaßnahmen erhält Ihr Kind?

<input type="radio"/> Logopädie	seit: _____	<input type="radio"/> Krankengymnastik	seit: _____
<input type="radio"/> Ergotherapie / Heilpädagogik	seit: _____	<input type="radio"/> Psychotherapie	seit: _____
<input type="radio"/> Frühförderung	seit: _____	<input type="radio"/> Sonstige:	seit: _____

D. FAMILIENSITUATION

Das Kind ist leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Das Sorgerecht hat: _____

Geburtsland der Mutter: _____

Beruf der Mutter: _____

Vollzeit Teilzeit nicht berufstätig

Geburtsland des Vaters: _____

Beruf des Vaters:

Vollzeit

Teilzeit

nicht berufstätig

Geschwister: Vorname

Geburtsdatum

Auffälligkeiten

Sind die Eltern blutsverwandt? nein ja

Wer ist die hauptsächliche Bezugsperson Ihres Kindes?

Werden in der Familie mehrere Sprachen gesprochen?

nein

ja, und zwar:

Geht Ihr Kind in den Kindergarten?

nein

ja, und zwar:

Regelkindergarten

I-Kraft (_____h/w)

Förderkindergarten

Name der Kita:

Geht Ihr Kind in die Schule?

nein

ja, und zwar:

Grundschule

Klasse: _____

Förderschule

Klasse: _____

Weiterführende

Klasse: _____

Schule

Name der Schule:

Gibt es besondere familiäre Belastungen?

nein

ja, und zwar:

Hier ist Platz für Ihre Notizen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Datum:

Vielen Dank!