BENAUDIRA
INDIVIDUELLES HÖRTRAINING

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)

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

BENAUDIRA
INDIVIDUELLES HÖRTRAINING

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?