# Frage-/Informationsbogen – Erstvorstellung eines Kindes

| Patientin/Patient | | Reset |
|---|---|---|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Alter: |
| Straße, Hausnummer: | PLZ, Ort: | |
| E-Mail: | Mobiltelefon: | |
| HNO-Praxis: Name, Adresse | Kinderarzt-Praxis: Name, Adresse | |
| Krankenkasse: | Privat versichert: ☐ ja ☐ nein | |
| Kind ist versichert über (Name): | | |
| Geschwister: ☐ ja ☐ nein | Alter der Geschwister: | |
| Muttersprache: | Falls mehrere, welche? | |

*Sollte Ihre Muttersprache nicht Deutsch sein, kommen Sie bitte in Begleitung einer Person mit guten Deutschkenntnissen.*

**Wichtig: Eine Terminvergabe erfolgt nur bei Beantwortung folgender Fragen:**

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? Welche Probleme hat Ihr Kind? Was macht Ihnen Sorgen?

Mit welcher Fragestellung wurde die Vorstellung in der Pädaudiologie empfohlen?

| | |
|---|---|
| ☐ Hörprüfung | ☐ AVWS |
| ☐ Sprachentwicklungsstörung | ☐ Sonstiges |

| 1. Sorgeberechtigte/-r | 2. Sorgeberechtigte/-r |
|---|---|
| Name, Vorname: | Name, Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |
| Beruf: | Beruf: |
| Arbeitgeber: | Arbeitgeber: |

| Mein Kind besucht folgende Einrichtung: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Tagesmutter | ☐ Kindergarten | ☐ integr. Kindergarter | ☐ Grundschule | ☐ Hauptschule |
| ☐ Gesamtschule | ☐ Realschule | ☐ Gymnasium | Klasse: | |
| ☐ Förderschule mit Förderschwerpunkt | | | | |

| Allgemeine Symptomatik | | |
|---|---|---|
| **Mein Kind** | | |
| schnarcht nachts | ☐ ja | ☐ nein |
| atmet viel durch den Mund | ☐ ja | ☐ nein |
| hatte mehr als 3 Mittelohrentzündungen letztes Jahr | ☐ ja | ☐ nein |
| hat jährlich mehr als zwei schwere Mandelentzündungen (Tonsillitis) | ☐ ja | ☐ nein |
| hat eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte | ☐ ja | ☐ nein |
| hat Erkrankungen der inneren Organe | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Aus Arztberichten sind mir vom Kind folgende Diagnosen bekannt: | | |
| Während der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes gab es Komplikationen | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Geburt in der Schwangerschaftswoche | ☐ weiß ich nicht genau, war zeitgerecht | |

| Hören | | | |
|---|---|---|---|
| Bei meinem Kind wurde ein Neugeborenen-Screening durchgeführt in der Klinik/Einrichtung: | | | |
| ID: | | | |
| TEOAE rechts: | ☐ unauffällig | ☐ kontrollbedürftig | |
| TEOAE links: | ☐ unauffällig | ☐ kontrollbedürftig | |
| AABR rechts: | ☐ unauffällig | ☐ kontrollbedürftig | |
| AABR links: | ☐ unauffällig | ☐ kontrollbedürftig | |
| Bei meinem Kind wurde kein Neugeborenen-Screening durchgeführt, weil: | | | |
| In der Familie gibt es junge Menschen, die Hörgeräte tragen | | ☐ ja | ☐ nein |
| Mein Kind hört schlecht | | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja: Wo wurde es festgestellt? | | | Wann? |
| Mein Kind trägt | ☐ Hörgeräte | ☐ CI | Seit: |
| | ☐ rechts | ☐ links | ☐ beidseits |
| **Sprachentwicklung** | | | |
| Mein Kind spricht so wie gleichaltrige Kinder | ☐ ja | ☐ nein | ☐ weiß ich nicht |
| Mein Kind hat/hatte logopädische Therapie | ☐ ja | ☐ nein | |
| Wenn ja, wie lange? | ☐ <10 Stunden | ☐ <30 Stunden | ☐ >60 Stunden |
| Kommen Sie zwecks Weiterverordnung der Logopädie zu uns? Wenn ja, fügen Sie bitte die Therapieberichte bei. | | ☐ ja | ☐ nein |

| Diagnostik/Förderung | | | |
|---|---|---|---|
| Mein Kind erhält Therapien/Förderung | | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? | ☐ Krankengymnastik | ☐ Ergotherapie | ☐ Logopädie |
| Andere: | | | |
| Mein Kind wurde vorstellig im/beim | ☐ Kinder- & Jugendpsychiater (KJP) | ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) | ☐ Frühförderungs-zentrum (FFZ) |
| Name, Adresse: | | | |
| Bei meinem Kind wurde/wird eine ausführliche Sprachstandserhebung und/oder Lese-Rechtschreibdiagnostik durchgeführt | | ☐ ja | ☐ nein |
| Wo? | | | (seit) wann? |

| Operationen |
|---|
| Bei meinem Kind wurden folgende Operationen durchgeführt: |

| Pflegestufe | |
|---|---|
| ☐ keine Pflegestufe | ☐ Pflegestufe, Grad: |

| Bemerkungen (z.B. keine Terminvergabe zu folgenden Zeiten/Tagen, bestimmte Bedürfnisse des Kindes oder ähnliches) |
|---|
| |