



Immenhoferschule Stuttgart

Sonderpädagogisches  
Bildungs- und Beratungszentrum  
mit Förderschwerpunkt Hören

Immenhoferschule Stuttgart · Immenhofer Str. 70 · 70180 Stuttgart

Tel 07 11 / 2 16-9 69 51 (Schule)  
Fax 07 11 / 2 16-9 69 52  
Tel 07 11 / 2 16-9 69 56 (Frühförderung)  
immenhoferschule@stuttgart.de  
www.immenhoferschule.de

## Erfassungsbogen für Vorschul- und Schulkinder zur Vorstellung in der Pädagogisch-audiologischen Beratungsstelle

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft/Geburt:

Gab es Komplikationen vor, während oder nach der Geburt:

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Schwere Kinderkrankheiten:

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Krankenhaus- / Heim- / längere Erholungsaufenthalte oder Aufenthalte bei Verwandtschaft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ohrenprobleme:

Ohrenentzündungen?

Wenn ja, im Alter von? \_\_\_\_\_

Trommelfelldefekte? \_\_\_\_\_

Paukenröhrchen (wie häufig? wann?) \_\_\_\_\_

Andere Ohrenprobleme (z.B. Mandelentzündungen, Polypentfernung, häufige Erkältungsinfekte)?

\_\_\_\_\_

### Hörschädigungen:

Wann sind Sie auf die Hörschädigung aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Was ist vermutlich die Ursache? \_\_\_\_\_

Wann fand die erste HNO-ärztliche Behandlung statt? \_\_\_\_\_

Durch wen? \_\_\_\_\_

Trägt das Kind Hörgeräte?      rechts       links       beidseitig

Trägt das Kind ein CI?      rechts       links       beidseitig

Seit wann? \_\_\_\_\_

Betreuender Akustiker / CI-Klinik? \_\_\_\_\_

**Angaben zur Sprachentwicklung / Sprache:**

Erste Wörter (wann?) \_\_\_\_\_

Kurze Sätze (wann?) \_\_\_\_\_

Kann ihr Kind manche Buchstaben nicht richtig aussprechen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Spricht Ihr Kind in unvollständigen oder verdrehten Sätzen? Wenn ja, typisches Beispiel?

\_\_\_\_\_

**Bisherige Fördermaßnahmen:**

Therapie/Fördermaßnahmen mit Zeitraum (z.B. Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik..)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kindergartenbesuch:** ja       nein

Wenn ja, von / bis \_\_\_\_\_ Name des Kindergartens \_\_\_\_\_

Bezugserzieherin \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Besucht/e ihr Kind den Kindergarten gerne? \_\_\_\_\_

**Schulbesuch:**

Zurückstellung:      ja       nein

Wenn ja? Grundschulförderklasse (wann?/ wo?) \_\_\_\_\_

Einschulung (wann?/wo?) \_\_\_\_\_

Schulwechsel: (wenn ja? wann?) \_\_\_\_\_

Jetzige Klasse \_\_\_\_\_

Anschrift der Schule: \_\_\_\_\_

Klassenlehrerin: \_\_\_\_\_

Telefon der Schule: \_\_\_\_\_

**Von wem und aus welchem Grund wird eine Überprüfung der Hörfähigkeit gewünscht?**

(Lehrer/in, Erzieher/in, Gesundheitsamt, Therapeut/in usw.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte vorhandene Berichte oder Hörkurven mitschicken!**

Auch wenn nicht alle Fragen beantwortet sind, schicken Sie bitte den Erfassungsbogen zurück oder bringen Sie ihn mit.

Ihr Team Pädagogische Audiologie der Immenhoferschule