

FRAGEBOGEN

PHONIATRIE / PÄDAUDIOLOGIE

MODERNE MEDIZIN

*Von Mensch
zu Mensch*

ANMELDUNG IN DER PHONIATRISCHEN/ PÄDAUDIOLOGISCHEN SPRECHSTUNDE

Name _____ Straße _____
Vorname _____ PLZ/Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Tel. Nr. _____
Geschlecht _____ Krankenkasse _____
Versichert über wen _____

GRUND DER ANMELDUNG (BITTE ANKREUZEN):

- Hörstörung, leichten/schweren Grades
- Sprachentwicklungsstörung/Sprachentwicklungsverzögerung
 - versteht nicht alles (richtig)
 - spricht nur sehr wenig, weniger als 50 Wörter
 - spricht mehr als 50 Wörter aber weniger als gleichaltrige Kinder
 - Satzstellung/Grammatik nicht wie bei gleichaltrigen Kindern
 - falsche/undeutliche Aussprache
 - kommt häufig nicht auf Wörter obwohl er/sie diese eigentlich kennt
- Hörwahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (5-10 Jahre)
- Stimmstörung (z.B. Heiserkeit)
- Stottern

AKTUELLES PROBLEM/ANAMNESE DER ERKRANKUNG

(Welche Probleme liegen vor? Seit wann? Welche bisherigen Maßnahmen?)

FAMILIENGESCHICHTE

Gibt es jemand in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Cousins, Cousinen) mit folgenden Problemen/Störungen? Wenn ja, wer?

- Hörstörungen (wenn ja, wie alt war der-/diejenige?) _____
- Sprachstörungen (z.B. Stottern) _____
- Verspäteter Sprechbeginn oder Lese-Rechtschreib-Schwäche _____

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Auffälligkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft (z.B. Blutungen, vorzeitige Wehen, Medikamenteneinnahme, Komplikationen)?

Wenn ja, wann? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? (siehe gelbes Heft S. 1) _____

Geburtsgewicht (g) _____ Geburtslänge (cm) _____

Apgarwerte _____

Saugglockengeburt/Zangengeburt oder Kaiserschnitt? ja nein

Traten unter oder nach der Geburt bei Ihrem Kind Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche?

Missbildungen

Sonstiges (z.B. Phototherapie)

Besonderheiten U-Heft

Impfungen

Polio

Diphtherie

Tetanus

MMR

Pertussis

BCG

HIB

FSME

HepB

Pneumokokken

sonstiges _____

Ist ein Neugeborene Hör-Screening gelaufen?

ja

nein

Wenn ja, welches Ergebnis? pass

rechts

links

refer

rechts

links

KRANKHEITEN

An welchen Krankheiten litt oder leidet Ihr Kind weiterhin?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wiederholte Mittelohrentzündungen (3x pro Jahr) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Paukenhöhlenerguss | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> (Fieber-) Krämpfen |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |

Welche Medikamente werden derzeit regelmäßig eingenommen?

Hatte Ihr Kind mal einen schweren Unfall oder ein Schädelhirntrauma?

Wurde ihr Kind bereits operiert? Wenn ja, was und in welchem Alter?

Sonstige Krankenhausaufenthalte/Erkrankungen, Ergänzungen/Komplikationen bei o.g. Erkrankungen etc.

ENTWICKLUNG

In welchem Alter traten folgende Entwicklungsstufen bei Ihrem Kind auf?

Die ersten Wörter (z.B. Papa/Mama) mit _____ Monaten

Wie viele Wörter benutzt Ihr Kind in einem Satz? _____ Wörter

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

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

Freies Gehen mit _____ Monaten

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Sauber und Trocken mit _____ Monaten

Mundmotorik Stillen wie lange _____

Schnuller, Daumen wie lange _____

Mundatmung

Speichelfluss

Entwicklung Grobmotorik altersgerecht verzögert

Entwicklung Feinmotorik altersgerecht verzögert

ERKRANKUNGEN IM HALS-NASEN-OHREN-BEREICH

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

Wenn ja, wer hat den Verdacht geäußert (Eltern, Kinderarzt,...)?

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? ja nein

Wenn ja, bitte Audiogramm beifügen.

Wurde eine Hörgeräteanpassung vorgenommen? ja nein

Wenn ja, seit wann?

SOZIALES UMFELD/ERZIEHUNG

Name, Geburtsdatum, Beruf, z.Zt. berufstätig(Vollzeit/Teilzeit/Nein)?

Vater

Mutter

Geschwister (Name, Geburtsjahr)

Wer sind die hauptsächlichen Bezugspersonen Ihres Kindes?

Werden in der Familie mehrere Sprachen oder ein Dialekt gesprochen? ja nein

Wenn ja, welche?

Geht Ihr Kind in einen Kindergarten/Kindertagesstätte? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Ist es ein besonderer Kindergarten (z.B. Sprachheilkindergarten, Förderkindergarten)?

In welche Schule geht Ihr Kind (z.B. Grundschule, Sprachheilschule, Sonderschule)?

Klasse:

SONSTIGES

Welche Ärzte/Therapeuten/Institutionen haben Sie mit Ihrem Kind bereits aufgesucht?
(bitte Namen der Therapeuten und Behandlungszeitraum angeben)

Kinderarzt

HNO-Arzt

Sozialpäd. Zentrum/Frühförderung (seit wann, wie oft die Woche)

Logopädie/Sprachtherapie (seit wann, wie oft die Woche)

Welcher Arzt/Welche Institution verschreibt und kontrolliert die logopädische Therapie?

Ergotherapie/Beschäftigungstherapie (seit wann, wie oft die Woche)

Krankengymnastik

Sonstiges

WICHTIG

Nach Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens schicken wir Ihnen einen Termin zu. Sollte ein zweiter Untersuchungstermin notwendig sein, werden wir mit Ihnen einen weiteren Termin vereinbaren. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte rechtzeitig ab.

Zu dem Behandlungstermin bringen Sie bitte, soweit vorhanden, folgende Unterlagen mit:

- Arztberichte und Befunde (z.B. EEG, CT, MRT, Augenarzt)
- Psychologische Untersuchungsergebnisse
- Schulberichte/ Diktathefte
- Vorsorgeheft für Kinder (gelber Heft) und Impfpass
- Logopädische Berichte
- Kindergartenberichte
- Mutterpass

Formular per E-Mail versenden

Formular drucken