

Hals-Nasen-Ohren-Praxis Wilkau-Haßlau

Dr. med. Lutz Herrmann, Facharzt für HNO-Heilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie
Max Herrmann, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
08112 Wilkau-Haßlau, Rosa-Luxemburg-Str. 1; Tel. 0375/671610; Fax.: 0375/6925803

Fragebogen zur AVWS-Diagnostik

Liebe Eltern,

Sie stellen sich mit Ihrem Kind zur Diagnostik einer zentral auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung vor. Die Untersuchungen dienen der Einschätzung hochkomplexer Abläufe, die vom Gehörgang bis zum unmittelbaren Bewusstsein der akustischen Informationen reichen. Zur besseren Einschätzung der individuellen Situation Ihres Kindes sind eine Reihe von Informationen über die bisher abgelaufenen Erkrankungen und die augenblicklichen Probleme wichtig. Aus diesem Grunde bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

Name:

Vorname:

geb.:

1. Wie war die Schwangerschaft ?	Komplikationslos <input type="checkbox"/>	Mehrlingsgeburt?	
	schwierig <input type="checkbox"/>	Wieso?	
In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?		
War diese komplikationslos ja <input type="checkbox"/>	nein -> medikamentöse Einleitung? <input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt? <input type="checkbox"/>	
War eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
2. Wann hat Ihr Kind die ersten freien Schritte gemacht?	Lebensmonat	
3. Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen?	Lebensmonat	
4. Sind bei Ihrem Kind Sprachprobleme aufgetreten?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
5. War oder ist bei Ihrem Kind Logopädie notwendig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	zurzeit <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Zeitraum		
6. War oder ist bei Ihrem Kind Ergotherapie notwendig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	zurzeit <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Zeitraum		
7. War bei Ihrem Kind eine Operation notwendig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche Operation und wann		
8. Ist Ihr Kind musikalisch?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Spielt Ihr Kind ein Instrument?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welches?
9. Mit welcher Hand schreibt oder malt Ihr Kind (Händer?)	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	
10. Gibt es Familienangehörige mit Schwerhörigkeit?	nein <input type="checkbox"/>	ja, <input type="checkbox"/>	
	Wer?		
11. Gab oder gibt es Familienangehörige mit schulischen Problemen?	nein <input type="checkbox"/>	ja, <input type="checkbox"/>	
	Wer?		
12. Ist eine Lese-Rechtschreibe-Schwäche bekannt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
13. Welche Probleme treten im Alltag auf?		

Vielen Dank

Lutz Herrmann