

Pädaudiologischer Fragebogen

Nachname:

Vorname:

geb.:

Straße:

PLZ:

Ort:

1. Wie heißt der behandelnde Kinderarzt / die behandelnde Kinderärztin?

2. Befindet sich Ihr Kind in logopädischer Therapie ?

ja nein

Wenn ja, seit wann?

Bzw. seit wievielen Stunden?

Wie heißt die logopädische Praxis, bzw. die Praxis für Sprachtherapie?

3. Erhält Ihr Kind eine Frühförderung als heilpädagogische Frühförderung oder interdisziplinäre Frühförderung?

ja nein

Wie heißt die Frühförderstelle?

4. Wird Ihr Kind einsprachig erzogen?

ja nein

Bei Zweisprachigkeit oder Mehrsprachigkeit schreiben Sie bitte die gesprochenen Sprachen auf:

5. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine Kindertagesstätte (Kita) ?

ja nein

Wenn ja, seit wann ?

6. Mit welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen? Bitte markieren Sie das entsprechende Alter

jünger als 1 Jahr

1 Jahr / 12 Monate

13 / 14 Monate

15 / 16 Monate

17 / 18 Monate

älter als 18 Monate (1;6 Jahre)

7. Gibt es In der Familie von Vater oder Mutter des Kindes einen Verwandten mit einer Schwerhörigkeit? Hörstörung? Taubheit?

ja nein

Wenn ja, welches Familienmitglied?

8. Besteht eine Blutsverwandtschaft der Eltern des Kindes (z.B. Cousin-Cousine) ?

ja nein