



### Fragebogen zum Sprechtag zur Hör- und Sprachheilberatung

Name, Vorname _____		m   w   d
geb. am _____		in (Ort/Land) _____
Adresse _____		Tel. _____
		Mail: _____
Staatsangehörigkeit _____		(Aufenthaltsstatus) _____
Krankenkasse: _____		Versicherte/r: _____
Krippe _____		seit: _____
Kita _____		seit: _____
Schule _____		seit: _____
Hort _____		seit: _____
Name des Vaters _____		Geburtsdatum _____
Name der Mutter _____		Geburtsdatum _____
Eltern leben:    zusammen /    getrennt		Sorgerecht:    Mutter    Vater,    andere _____
<b>Geschwister: Name</b>	<b>Geb.-Jahr</b>	<b>Schule / Kindergarten</b>

Familiensprachen : \_\_\_\_\_  
Sprachstörungen in der Familie / Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

#### Vorgeschichte

Geburt: normal? <input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein		Besonderheiten: _____	
Ausgeprägte Lall- bzw. Brabbelphasen im 1. Lebensjahr?		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß nicht
Erste Wörter (wann?) _____		Freies Laufen: _____	
Mittelohrprobleme? <input type="radio"/> Nein - <input type="radio"/> Ja	> Wie oft bisher? _____		
Sauberkeitserziehung abgeschlossen? <input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein			
Schnuller? Nuckeln? <input type="radio"/> Nein, beendet - <input type="radio"/> Ja, und zwar: _____			
Krankheiten / Operationen / Zahnstatus : _____			

#### Medizinische Betreuung (bitte Vorsorgeheft und ggf. HNO-Bericht vorlegen!)

Kinder- oder Hausarzt: _____	
<b>Vorsorgeuntersuchungsheft:</b> Eintragungen, Kreuze, z.B. Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Logo etc.	
U1-U5: _____	U6: _____
U7: _____	U7a: _____
U8: _____	U9: _____
HNO-Arzt: _____	Hörbefund: _____
Andere Fachärzte / Kliniken / SPZ: _____	

#### **Bisherige besondere Maßnahmen: Frühförderung, Therapien, Hilfsmittel (Bitte Berichte mitbringen!)**

Frühförderung (wer ?)	_____	seit: _____	_____
Logopädie (wer?)	_____	seit: _____	_____
Ergotherapie (wer?)	_____	seit: _____	_____
Krankengymnastik (wer?)	_____	seit: _____	_____
Psychotherapie (wer?)	_____	seit: _____	_____
Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Medikamente etc.)	_____		

Vorstellung wurde empfohlen von: _____	Bogen wurde ausgefüllt am: _____
Warum? _____	_____

**Ergänzende Bemerkungen:**