

FOTO des Kindes



Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln

UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Dr. Friedrich-Steiner-Straße 5 • 45711 Datteln
Chefärztin: Prof. Dr. med. Ute Pröschel
Tel.: 02363 / 975-280 • Telefax: 02363 / 975-289
Email: phoniatrie@kinderklinik-datteln.de

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

Vater: _____ geb.: _____ Beruf: _____

Mutter: _____ geb.: _____ Beruf: _____

Geschwister (Geburtsdaten): _____

Kinderarzt: _____ Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ HNO-Arzt: _____ Hausarzt: _____

Warum stellen Sie Ihr Kind bei uns vor? Überprüfung des Hörens / Hörwahrnehmung
 Überprüfung der Sprache
 Eigene Angaben: z. B. Schulschwierigkeiten

Empfehlung von: _____

Wann und wo wurde Ihr Kind vorher untersucht? _____

Aufenthalt in der Vestischen Kinderklinik: nein ja wann: _____

Verlauf der Schwangerschaft: Erkrankungen der Mutter? nein ja, welche? und in welchem Schwangerschaftsmonat? _____

Geburt: normal Zange / Saugglocke Kaiserschnitt
Frühgeburt nein ja, in der ____ Schwangerschaftswoche Risikokind nein ja
Geburtsgewicht: _____ g Größe: _____ cm Apgar-Werte: _____

Hat Ihr Kind **angeborene Erkrankungen**?

- nein
- ja, welche? Lippen-Kiefer-Gaumenspalte isolierte Gaumenspalte
- M. Down (Trisomie 21) Ohrfehlbildung: rechts links beidseits
- Augenerkrankungen, welche? _____
- Hauterkrankungen, welche? _____
- Stoffwechselerkrankungen, welche? _____
- Knochenerkrankungen, welche? _____
- Hydrocephalus; Operationen? _____ wann? _____
- Krampfleiden, seit wann? _____ welche? _____
- Andere: _____

Besteht bei Ihrem Kind eine **Keimbesiedlung mit multiresistenten Keimen** (z. B. MRSA, 3MRGN, 4MRGN oder ähnliches)? nein ja, welche? _____

Frühkindliche Entwicklung: Freies Sitzen: ____ Monate, Freies Laufen: ____ Monate
Erste Wörter: ____ Monate / Jahre Allgemeine Entwicklung: normal verzögert
Körperbehinderung: ja nein Geistige Behinderung: ja nein

Hat Ihr Kind schon **Kinderkrankheiten** durchgemacht?

- nein Masern Mumps Röteln Scharlach, wie oft? _____
 Keuchhusten Drei-Tage-Fieber Windpocken

Ist Ihr Kind schon einmal **ernsthaft krank** gewesen
(außer den üblichen Erkältungskrankheiten)?

- nein
 Erkrankungen der Atemwege: Lungenentzündung, wann? _____
 Spastische Bronchitis, wann? _____
 Pseudocroupanfalle, wie oft? _____
 Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns oder des Schädels?
 Gehirnerschütterung, wann? _____
 Eitrige Gehirnhautentzündung, wann? _____
 Krampfleiden, seit wann? _____
 Neurodermitis
 Sonstiges: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

- nein ja, welche? _____

Ist Ihr Kind schon **operiert** worden?

- nein
 Rachenmandeloperation („Polypen“), wann? _____ Mandeloperation, wann? _____
 Trommelfellschnitt, wann? _____ Paukenröhrchen, wann? _____
 Sonstiges: _____

Fördermaßnahmen / Therapien

- Krankengymnastik: Von wem? _____ Wie lange? _____
 Frühförderung: allgemeine Frühförderung
 Schwerhörigen-Frühförderung
 Sehbehinderten-Frühförderung
 Logopädische Behandlung: Von wem? _____ Wie lange? _____
 Ergotherapie: Von wem? _____ Wie lange? _____
 Musiktherapie: Von wem? _____ Wie lange? _____
 Sonstiges: Was? _____

Kindergarten / Schule

Kindergarten-Besuch: nein Regelkindergarten

Sonderkindergarten welcher: _____

Schul-Besuch: Regelschule

Förderschule, welcher Schwerpunkt? _____

Klasse: _____ Einschulung: _____

Hörvermögen

unauffällig reagiert schlecht / gar nicht unsichere / wechselnde Reaktionen

bisherige Hörprüfung: auffällig unauffällig

noch keine durchgeführt

Schwerhörigkeit: nein ja Wann zuerst bemerkt? Alter des Kindes: _____

Durch wen bemerkt? _____

Wird ein Hörgerät getragen? nein ja Seit wann? _____

Hörgeräteversorgung durch: - welchen Arzt? _____

- welchen Hörgeräte-Akustiker? _____

Sprachentwicklung

Wie spricht Ihr Kind jetzt?

deutlich, gut verständlich

vertauscht Laute / Buchstaben; welche? _____

spricht Laute / Buchstaben falsch aus; welche? _____

für Fremde unverständlich für uns selbst unverständlich zu wenige Wörter

vertauscht Wörter im Satz spricht keine Sätze spricht nichts

sonstiges _____

Mit welcher **Muttersprache** wächst Ihr Kind auf?

eine Sprache, welche? _____

zwei oder mehr Sprachen, welche? _____

Gibt es jemanden mit **Hör- und/oder Sprachproblemen in Ihrer Familie?**

nein, ja, bei wem und welche?

ERKLÄRUNG

Wir sind damit einverstanden, dass sich die an der Betreuung unseres Kindes beteiligten Fachkräfte (Ärzte, Therapeuten, Frühförderstellen) über die Untersuchungsergebnisse, Therapie- und Fördermaßnahmen austauschen, soweit dies für die Arbeit erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte wenden

Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen:

.....
Datum

.....
Unterschrift der Eltern

Mutter/ Vater wurde über Monate Wartezeit informiert.