

## Fragebogen zur Häufigkeit von Hörstörungen bei Kindern - Abfrage in der pädiatrischen Praxis -

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_ Jahre

		oft	manchmal	selten	nein
1	Verliert Ihr Kind schnell das Interesse beim Vorlesen oder beim Abspielen von Hörkassetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Stellt Ihr Kind das Radio/das Fernsehgerät zu laut ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Versteht Ihr Kind in geräuschvoller Umgebung falsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hat Ihr Kind Probleme, wenn 2 Personen gleichzeitig sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Beschwert sich Ihr Kind, dass zu leise gesprochen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Verwechselt Ihr Kind ähnlich klingende Worte (Tanne-Kanne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Fühlt sich Ihr Kind in lauten Situationen (Straße, Hallenbad, Turnhalle, Einkaufsmarkt...) unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Lässt sich Ihr Kind gerne vorlesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Weiß Ihr Kind immer, wo es suchen soll, wenn es gerufen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hat Ihr Kind Probleme, wenn es den Sprecher nicht sieht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Orientiert sich Ihr Kind bei Aufträgen und Anweisungen häufig an Spielkameraden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Guckt Ihr Kind nicht in die richtige Richtung, aus der es gerufen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ist Ihr Kind unkonzentriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Verwechselt Ihr Kind verschiedene Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ist Ihr Kind empfindlich gegen Lärm (hält es sich dann z.B. die Ohren zu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>