|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vorabfragebogen zum Beratungsantrag im Förderschwerpunkt Hören**  vom: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur Schülerin/zum Schüler** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | | | | Vorname: | | | | | | | | | Geburtsdatum: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Angaben auf diesem Bogen stammen von (Name, Vorname, Beziehung zum Kind): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Aussagen zur bisherigen schulischen Entwicklung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zurückstellung vom Schulbesuch | | | | | | | | | | |  | | | ja | | | |  | nein |
| Wiederholung einer Klassenstufe | | | | | | | | | | |  | | | ja  Wenn ja, welche? | | | |  | nein |
| Besuch einer Vorbereitungsklasse/DAZ-Klasse | | | | | | | | | | |  | | | ja, seit: | | | |  | nein |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur sprachlichen Entwicklung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Herkunftssprache meines/unseres Kindes ist nicht oder nicht ausschließlich Deutsch. | | | | | | | | | | | | Mein/Unser Kind spricht folgende Sprache/n: | | | | | | | |
| Mein/Unser Kind spricht/verwendet die Gebärdensprache. Seit wann? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wie schätzen Sie die sprachliche Entwicklung (z. B. Aussprache, Sprachverstehen, Wortschatz, Erzählen) Ihres Kindes ein? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur Hörbeeinträchtigung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | schwerhörig |  | gehörlos | | | | |  | Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS**)** | | | | | | | | | |
|  | | Wann wurden die ersten Auffälligkeiten im Hören beobachtet? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Welche Hörprobleme bestehen aktuell? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Mein/Unser Kind hat oder hatte schwerwiegende Erkrankungen oder Operationen, die im Zusammenhang mit der Hörbeeinträchtigung stehen.  Wenn ja, welche      ? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Mein/Unser Kind hat einen Schwerbehindertenausweis (Grad der Behinderung, Merkzeichen). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur hörtechnischen Versorgung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ist ihr Kind hörtechnisch versorgt? | | | | | | | | | | |  | | | ja, seit | | | |  | nein |
| **Falls ja** (Bitte die farbig markierten Zeilen ausfüllen): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angaben zur Hörtechnik: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nutzung der Hörtechnik (Hörgeräte, Drahtlose Akustische Übertragungsanlage (DAÜ), andere Technik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | regelmäßig | | |  | | unregelmäßig | | | | | | |  | | selten | |  | nie |
| Gibt es beobachtbare Veränderungen seit der hörtechnischen Versorgung? Wenn ja, welche: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zu Fördermaßnahmen und Therapien** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Hör-Frühförderung | | | | | von:       bis | | | | | | |  | | Gebärdensprachförderung | | | von:       bis | |
|  | Logopädie | | | | | von:       bis | | | | | | |  | | Ergotherapie | | | von:       bis | |
|  |  | | | | | von:       bis | | | | | | |  | |  | | | von:       bis | |
| Gibt es beobachtbare Veränderungen seit den Fördermaßnahmen oder Therapien? Wenn ja, welche: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anlagen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Folgende aktuelle Befunde *(nicht älter als 1 bis 2 Jahre)* sind als Anlage beigefügt: (\*Für die Beratung erforderlich.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | HNO-ärztlichen Befund\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Tonaudiogramm\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Sprachaudiogramm **oder** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | medizinische Diagnose einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Intelligenzdiagnostik | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Aufmerksamkeitsdefizit mit/ohne Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Schulleistungsdiagnostik | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Weitere: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Datum |  | Unterschrift Eltern |  | Datum |  | Unterschrift Eltern |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Datum |  | Unterschrift Eltern |  |  |  |  |