

Name:.....Geb. Datum:.....

Untersuchungsdatum:.....

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U3
In der 4. – 6. Lebenswoche

Verändert Ihr Kind sein Saugverhalten,
wenn es etwas hört? o Ja o Nein

Beruhigt oder freut sich Ihr Kind,
wenn es angesprochen wird? o Ja o Nein

Haben laute Geräusche Ihr Kind
schon einmal erschreckt? o Ja o Nein

Hat sich ihr Kind im Schlaf bewegt
oder hat es grimassiert, wenn es in
seiner Nähe laute Geräusche gab? o Ja o Nein

Wurde bei Ihrem Kind ein automatischer
Hörtest in der Geburtsklinik durchgeführt und
war dieser unauffällig? o Ja o Nein

Gibt es in Ihrer Familie angeborene
Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen? o Ja o Nein

Haben Sie schon mal gedacht,
Ihr Kind hört nicht gut? o Ja o Nein