

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

Datum der Untersuchung:.....

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U4
Im 3. – 4. Lebensmonat

Schreit Ihr Kind unterschiedlich für verschiedene Bedürfnisse? Ja Nein

Beruhigt sich ihr Kind auf die Stimme der Eltern? Ja Nein

Lauscht Ihr Kind auf Ihr Stimmen und andere angenehme Geräusche? Ja Nein

Bewegt Ihr Kind seinen Kopf in Richtung der Geräusche? Ja Nein

Haben Sie Ihr Kind ab und zu lachen gehört? Ja Nein

Versucht Ihr Kind mit Ihnen in seiner „Sprache“ zu sprechen? Ja Nein

Zeigt Ihr Kind Reaktionen auf die Ansprache durch eine Bezugsperson, auch wenn es diese Person nicht sehen kann? Ja Nein

Haben Sie schon einmal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen Ja Nein