MVZ Fachpraxenverbund Allgäu

Name:……..Geb. Datum:…….

Datum der Untersuchung:…….

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U5
6. – 7. Lebensmonat

Reagiert Ihr Kind auf Musik?	o Ja	o Nein
Können Sie Ihr weinendes Kind mit Ihrer Stimme beruhigen, auch wenn das Kind Sie nicht sieht?	o Ja	o Nein
Verstärkt Ihr Kind sein Plaudern Wenn man mit seinen Lauten mit Ihm spricht?	o Ja	o Nein
Macht das Kind in letzter Zeit Mehr verschiedene Laute, wenn es plappert?	o Ja	o Nein
Plappert Ihr Kind in verschiedenen Tonhöhen?	o Ja	o Nein
Betrachtet Ihr Kind die Unterhaltung anderer Personen?	o Ja	o Nein
Reagiert Ihr Kind auf Geräusche außerhalb, des Raumes, in dem es sich befindet?	o Ja	o Nein
Hatte Ihr Kind seit der U4 bereits Mittelohrentzündungen?	o Ja	o Nein
Haben Sie schon einmal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?	o Ja	o Nein