

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

Datum der Untersuchung:.....

**Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U6**  
**Im 10. – 12. Lebensmonat**

Reagiert Ihr Kind auf Musik, indem es  
Die Schallquelle sucht?  Ja  Nein

Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen?  Ja  Nein

Versteht Ihr Kind ausgesprochene Verbote  Ja  Nein

Folgt Ihr Kind einer Aufforderung etwas zu tun?  Ja  Nein

Hält Ihr Kind Plappermonologe als Ausdruck  
der Zufriedenheit ab, wenn es sich alleine in  
einem Raum befindet?  Ja  Nein

Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es flüsternd aus ca. 1m  
Entfernung ansprechen?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind seit der U5  
Mittelohrentzündungen oder  
einen Paukenhöhlenerguss?  Ja  Nein

Schnarcht Ihr Kind im Schlaf, wenn  
es gesund ist?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind im Schlaf den Mund geöffnet  
wenn es gesund ist?  Ja  Nein

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