

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

Datum der Untersuchung:.....

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U7
im 21. – 24. Lebensmonat

Versteht Ihr Kind,
was Sie ihm ins Ohr flüstern Ja Nein

Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche?
(Tierlaute, Autos, Flugzeuge usw.) Ja Nein

Schaut Ihr Kind in die Richtung, aus der
ein Geräusch kommt? Ja Nein

Hatte Ihr Kind seit der U6
Mittelohrentzündungen oder
Paukenhöhlenergüsse? 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 mal gedacht,
Ihr Kind hört nicht gut? Ja Nein