

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

Datum der Untersuchung:.....

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U7a
im 34. – 36. Lebensmonat

Versteht Ihr Kind, was Sie ihm ins Ohre 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 U7 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