

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

Datum der Untersuchung:.....

Hörscreening zur Früherkennungsuntersuchung U9
Im 58. – 60. Lebensmonat

	Ja	Nein
Hatte Ihr Kind seit der U8 Mittelohrentzündungen oder Paukenhöhlenergüsse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarcht Ihr Kind im Schlaf, wenn es gesund ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind im Schlaf den Mund geöffnet, wenn es gesund ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>