



**HARTWIG-CLAUBEN-SCHULE**  
Förderzentrum Schwerpunkt Hören

**Förderschwerpunkte Hören und Hören/Lernen**  
**Primarstufe/Sek. I**  
**Erweiterte Eingangsstufe**  
**Mobile Dienste an Regelschulen**  
**Pädagogische Audiologie**  
<http://www.hartwig-claussen-schule.de>



**Region Hannover**

**Altenbekener Damm 79**  
**30173 Hannover**  
Tel.: (0511) 2206420  
Fax: (0511) 22064227

e-mail: [info@hartwig-claussen-schule.de](mailto:info@hartwig-claussen-schule.de)

## Anamnesebogen

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Wer ist im Notfall am Vormittag telefonisch erreichbar:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_

**gemeldet von:** \_\_\_\_\_

### Zur Person und Familiensituation:

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_

**Name des Vaters:** \_\_\_\_\_

**Anzahl und Alter der Geschwister:** \_\_\_\_\_

**Alter der Mutter bei der Geburt:** \_\_\_\_\_

**Lebt das Kind bei den leiblichen Eltern:** \_\_\_\_\_

**bei Berufstätigkeit der Eltern:**  
**Wer betreut das Kind?** \_\_\_\_\_

**Wer kann das Kind bei den Hausaufgaben unterstützen?** \_\_\_\_\_



## Fragen zum Hören/ bzw. zur auditiven Wahrnehmung:

1a. Ist Ihr Kind mit Hörgeräten/CI versorgt? Seit wann? Akzeptanz? (Nachsorge: wie lange/wann?)

---

1b. Wie selbstständig geht Ihr Kind mit den Hörhilfen um? Wann/in welchen Situationen werden ggf. Hörgeräte getragen?

---

2. Gibt es in Ihrer Familie Hörstörungen oder Schwerhörigkeit?

---

3. Hatte Ihr Kind Ohrenkrankheiten?

---

4. Hatten Sie jemals den Verdacht, dass Ihr Kind nicht richtig hört? (ggf. seit wann und in welchen Situationen?)

---

5. Scheint Ihr Kind bestimmte Geräusche als störend oder schmerzvoll zu empfinden?

---

6. Scheut Ihr Kind Gruppen wegen der Geräusche/ des Lärms bzw. erschöpft es in Gruppensituationen leicht?

---

7. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Sprache in lauten oder hallenden Räumen zu verstehen?

---

8. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Sprache zu verstehen, wenn gleichzeitig andere Leute sprechen?

---

9. Mag Ihr Kind Geschichten zuhören?

---

10. Kann Ihr Kind eine Geschichte nacherzählen?

---

11. Benennt Ihr Kind häufig Gegenstände falsch?

---

12. Singt Ihr Kind gerne?

---

13. Hat Ihr Kind eine besonders laute, hohe oder heisere Stimmen?

---

14. Finden andere Menschen, dass Ihr Kind besonders laut ist oder viele Geräusche macht?

---

15. Haben Sie den Eindruck, dass ihr Kind lange braucht, um eine gesprochene Aufforderung zu verstehen?

---

16. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Teile von längeren Anweisungen rasch wieder vergisst?

---

17. Weiß Ihr Kind oft nicht, wohin es sich wenden soll, wenn es gerufen wird?

---

18. Fragt Ihr Kind häufig nach?

---

19. Benötigt Ihr Kind häufig Wiederholungen, um Aufforderungen zu verstehen?

---

20. Überhört Ihr Kind häufig Geräusche oder Töne?

---

21. Beschwerst sich ihr Kind, wenn durcheinander gesprochen wird?

---

22. Schaut Ihr Kind einem Sprechenden intensiv auf den Mund?

---

23. Kann Ihr Kind gut beurteilen, aus welcher Richtung ein Geräusch oder Sprache kommt?

---



### Zur sprachlichen Entwicklung

Gibt es Familienmitglieder, die in der Vergangenheit oder aktuell unter Sprachentwicklungsverzögerungen oder Sprachstörungen leiden?  
(Wenn ja, bitte nähere Angaben):

---

Wann hat Ihr Kind erste bedeutungsvolle Wörter gesprochen?

im Alter von \_\_\_\_\_

Wann hat ihr Kind erste Zweiwortsätze gesprochen?

im Alter von \_\_\_\_\_

Verwechselt Ihr Kind bestimmte Laute (z.B. t statt k, so dass aus „Tanne“ „Kanne“ wird; d statt g, so dass aus „Dabel“ „Gabel“ wird)?

---

Können Fremde Ihr Kind immer verstehen?

---

Kann Ihr Kind eigene Wünsche und Bedürfnisse sprachlich äußern?

---

Versteht Ihr Kind Sprache besser als es sprechen kann?

---

Erzählt Ihr Kind von sich aus von Erlebnissen?

---

Benutzt Ihr Kind viele Gesten?

---

Erhielt oder erhält Ihr Kind eine Frühförderung/ Sprachtherapie o. Ä. ?

---

Befindet sich Ihr Kind derzeit in therapeutischer Behandlung? (Wenn ja, wo?)

---

**Zur allgemeinen Entwicklung:**

Gab es Schwierigkeiten bei der Schwangerschaft oder Geburt, die heute noch von Bedeutung sind?

---

Gab es Gesundheitsprobleme in den ersten Lebensjahren, die heute noch von Bedeutung sind (Hör-, oder Sehbeeinträchtigungen usw.?)

---

Wie beurteilen Sie die Entwicklung ihres Kindes (laufen lernen, etc.)?

---

---

Welche ernsthaften Krankheiten/ Operationen hatte Ihr Kind? Wann ungefähr?

---

Wo sehen Sie die Stärken Ihres Kindes?

---

---

Wie schätzen Sie die Empfindsamkeit Ihres Kindes ein?

---

---

In welchen Situationen bemerken Sie Unsicherheiten oder besondere Reaktionsweisen Ihres Kindes?

---

Beschreiben Sie den Kontakt zu anderen Kindern:

---

---

Beschreiben Sie den Kontakt zu anderen Erwachsenen:

---

---