**Checkliste zur Einschätzung der peripheren Hörfähigkeit**

Die vorliegende Checkliste soll helfen, die Hörfähigkeit eines Kindes aus der pädagogischen Beobachtung heraus einzuschätzen, um eventuell weiterführende Maßnahmen einzuleiten. Sie erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Zweifelsfall sollte eine medizinische Abklärung erfolgen, bzw. die Beratungsstelle des zuständigen üBFZ in Anspruch genommen werden.

*Die Checkliste bezieht sich auf die periphere Hörsituation des Kindes. Zur Einschätzung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung wird auf den Anamnesebogen der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie verwiesen (Download möglich unter* [*www.dgpp.de*](http://www.dgpp.de) *oder* [*www.johannes-vatterschule.de*](http://www.johannes-vatterschule.de)*). Für Fragen hierzu stehen die Beratungsstellen der üBFZ Hören zur Verfügung.*

**Wird eine der folgenden beiden Fragen mit „trifft zu“ beantwortet, muss das üBFZ Hören in die Beratung einbezogen werden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | trifft zu | trifft nicht zu |
| Das Kind trägt Hörhilfen. |  |  |
| Für das Kind liegt ein fachärztlicher Befund einer Hörschädigung vor. |  |  |

Bewerten Sie, nach Beobachtung des Kindes, eine der folgenden Aussagen mit „trifft zu“, könnte bei dem Kind eine periphere Hörstörung vorliegen. In diesem Fall soll das Kind zu einer pädaudiologischen Untersuchung vorgestellt und Kontakt mit dem zuständigen üBFZ Hören hergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Das Kind | trifft zu | trifft nicht zu |
| reagiert **nicht** auf Geräusche  (keine Augen- und Körperreaktionen, kein Kopfdrehen). |  |  |
| reagiert **nicht** auf Zuruf. |  |  |
| spricht undeutlich. |  |  |

Bewerten Sie, nach Beobachtung des Kindes, mehrere der folgenden Aussagen mit „trifft zu“, könnte bei dem Kind ebenfalls eine periphere Hörstörung vorliegen. Auch in diesem Fall soll das Kind zu einer pädaudiologischen Untersuchung vorgestellt und Kontakt mit dem zuständigen üBFZ Hören hergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Das Kind | trifft zu | trifft nicht zu |
| bevorzugt laute Geräusche. |  |  |
| lauscht **nicht** auf leise Geräusche (z.B. Uhrenticken). |  |  |
| erkennt **nicht** die Stimmen bekannter Personen, ohne diese zu sehen. |  |  |
| ist unsicher bei der Suche nach einer Schallquelle(wechselt rasch den Blick). |  |  |
| orientiert sich oft an den Tätigkeiten anderer Kinder. |  |  |
| zeigt fehlende oder unsichere Reaktionen bei Ansprache von hinten. |  |  |
| reagiert **nicht** auf seinenNamen, wenn dieser leiseaus ca. 5m Entfernung außerhalb seines Blickfeldes gesprochen wird. |  |  |
| kann einfache Anweisungen ohne visuelle Hilfen **nicht** befolgen. |  |  |
| spricht auffällig laut. |  |  |
| spricht **nicht** in normaler Sprechstimmlage (spricht meistens zu hoch). |  |  |
| hat Gleichgewichtsprobleme. |  |  |
| fühlt sich in größeren Gruppen unwohl (z.B. zieht sich zurück). |  |  |