



Johansen Individualisierte Auditive Stimulation



Anfangs-Checkliste bei Hörproblemen im Kindesalter

Bitte füllen Sie diese Checkliste sorgfältig aus. Sollten Sie mehr als 1x ein "Ja" markiert haben, so könnte ein JIAS-Hörtraining sinnvoll sein.

Eine genaue Abklärung und Besprechung der Ergebnisse dieser Checkliste nehmen Sie anschließend bitte mit einem JIAS-Anbieter in Ihre Nähe vor. Eine Adressliste mit Kontaktdaten finden Sie im Internet unter www.jias.de.

Auf Wunsch können Sie die ausgefüllte Checkliste auch vorab an einen JIAS-Anbieter senden und um Rückruf bitten, kreuzen Sie hierfür ggf. an:

Ich bitte um Rückruf tagsüber unter Telefon:

Vorname und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Ausgefüllt von: Ausgefüllt am:

JA NEIN

1. Probleme mit Ohrinfektionen/Paukenergüssen/Hörproblemen?		
Kommentare:		
2. Schwierigkeiten mit Hintergrundgeräuschen?		
Kommentare:		

JA NEIN

3. Schwierigkeiten, sich gesprochene Informationen zu merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
4. Langsam beim Antworten auf gesprochene Fragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
5. Überempfindlich gegenüber bestimmten Geräuschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
6. Missverstehen von Wörtern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
7. Intonation flach/monoton? Nicht gut im Singen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
8. Verzögert in der Sprachentwicklung (Aussprache/Grammatik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
9. Befindet sich das Kind in einer Sprachtherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		
10. Hat das Kind Probleme im Kindergarten/ in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kommentare:</i>		

JA NEIN

11. Wurde das Hören bereits überprüft? Wenn ja wann? Ergebnis?		
<i>Kommentare:</i>		
12. Ist die Konzentrationsfähigkeit aus Ihrer Sicht altersgerecht?		
<i>Kommentare:</i>		
13. Ist Ihr Kind häufig verträumt/abwesend?		
<i>Kommentare:</i>		
14. Ist Ihr Kind eher unruhig?		
<i>Kommentare:</i>		
15. Hat Ihr Kind Schlafprobleme?		
<i>Kommentare:</i>		
16. Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?		
<i>Kommentare:</i>		

Weitere Anmerkungen: