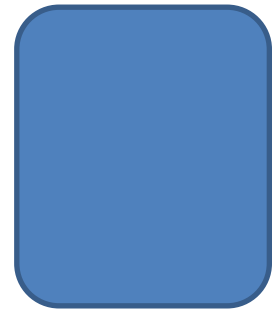


Mein Hörbuch



Name des Kindes: _____

Familienname: _____

Adresse: _____

Liebe Eltern,

dieses Hörbuch soll Sie und Ihr Kind begleiten: Dieses Hörbuch ist wichtig, wenn Sie zu Ärzten, Akustikern oder Therapeuten gehen.

Es ist vorgesehen, dass Fachleute wie z.B. der Akustiker oder der Arzt, Empfehlungen Beobachtungen und Diagnosen aufschreiben und in diesen Ordner heften, so dass Sie sie noch einmal nachlesen und diese Berichte auch anderen professionellen Helferinnen und Helfern zeigen können. So ist ein guter Informationsfluss gewährleistet, der wichtig ist, damit Ihr Kind optimal gefördert und unterstützt werden kann.

Mein Hörbuch

Inhalte des Hörbuches:

1. Meine Daten:
 - 1.1 Meine persönlichen Daten
 - 1.2 Fachleute, mit denen ich zusammen arbeite (I)
 - 1.3 Fachleute, mit denen ich zusammen arbeite (II)
2. Pädaudiologie (HNO):
 - 2.1 Pädaudiologie-Erstdiagnose
 - 2.2 Pädaudiologie-Verlauf
3. Pädakustik:
 - 3.1 Hörsystemanpassung
 - 3.2 Pädakustik-Verlauf
 - 3.4 FM-Anlage
4. Pädagogische Audiologie
 - 5.1. Pädagogische Audiologie
 - 5.2. Audiologische Besprechung

Wir stellen uns vor

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Telefon: Fax:.....

Handy: Email:.....

Krankenkasse:

Wir benötigen einen Dolmetscher: ja nein

Gebärdendolmetscher Schriftdolmetscher Fremdsprachendolmetscher

Zuhause sprechen wir die Sprache:

Dies sind einige der wichtigsten Personen im Leben von

und was Sie sonst über unsere Familie wissen sollten:

.....

.....

.....

.....

Wir möchten, dass Sie Folgendes über

unbedingt wissen:

.....

.....

.....

.....

Wir stellen uns vor (2)

Dinge, die gerne mag:

.....

.....

.....

.....

Dinge, die nicht mag:

.....

.....

.....

.....

Wenn Sie mit uns zusammen sind, beachten Sie bitte:

.....

.....

.....

.....

.....

Hilfsmittel; Medikamente, Allergien, Begleiter, Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Fachleute, mit denen wir zusammenarbeiten (I)

(1) Hausarzt / Kinderarzt/ -ärztin:

Name: Institution:

Adresse:

Telefon: Fax:

.....
Email: Datum des Erstkontaktes:

(2) HNO-Arzt / Pädaudiologe /-ärztin:

Name: Firma:

Adresse:

Telefon: Fax:

Email: Datum des Erstkontaktes:

(3) Hörgeräteakustiker /Pädakustiker /-in:

Name: Institution:

Adresse:

Telefon: Fax:

Email: Datum des Erstkontaktes:

(4) Beratungslehrkraft (Hören und Kommunikation): Frühförderung

Schule

Name: Landesförderzentrum Hören und Sprache

Adresse: Lutherstrasse 14, 24837 Schleswig

Telefon: 04621 807 150 Fax: 04621 807 111

Email: Datum des Erstkontaktes:

(5):Pädagogische Audiologie:

Name: Landesförderzentrum Hören und Sprache

Adresse: Lutherstrasse 14, 24837 Schleswig

Telefon: 04621 807 150 Fax: 04621 807 111

Email: Datum des Erstkontaktes:

Ich bin einverstanden mit einem mündlichen und schriftlichen Datenaustausch der Fachleute (1), (2), (3), (4), (5).

Datum: Unterschrift:

Fachleute, mit denen wir zusammenarbeiten (II)

() Weitere Fachleute :

Name: Institution:
Adresse:
Telefon: Fax:
Email: Datum des Erstkontaktes:

() Weitere Fachleute :

Name: Institution:
Adresse:
Telefon: Fax:
Email: Datum des Erstkontaktes:

() Weitere Fachleute :

Name: Institution:
Adresse:
Telefon: Fax:
Email: Datum des Erstkontaktes:

() Weitere Fachleute :

Name: Institution:
Adresse:
Telefon: Fax:
Email: Datum des Erstkontaktes:

() Weitere Fachleute :

Name: Institution:
Adresse:
Telefon: Fax:
Email: Datum des Erstkontaktes:

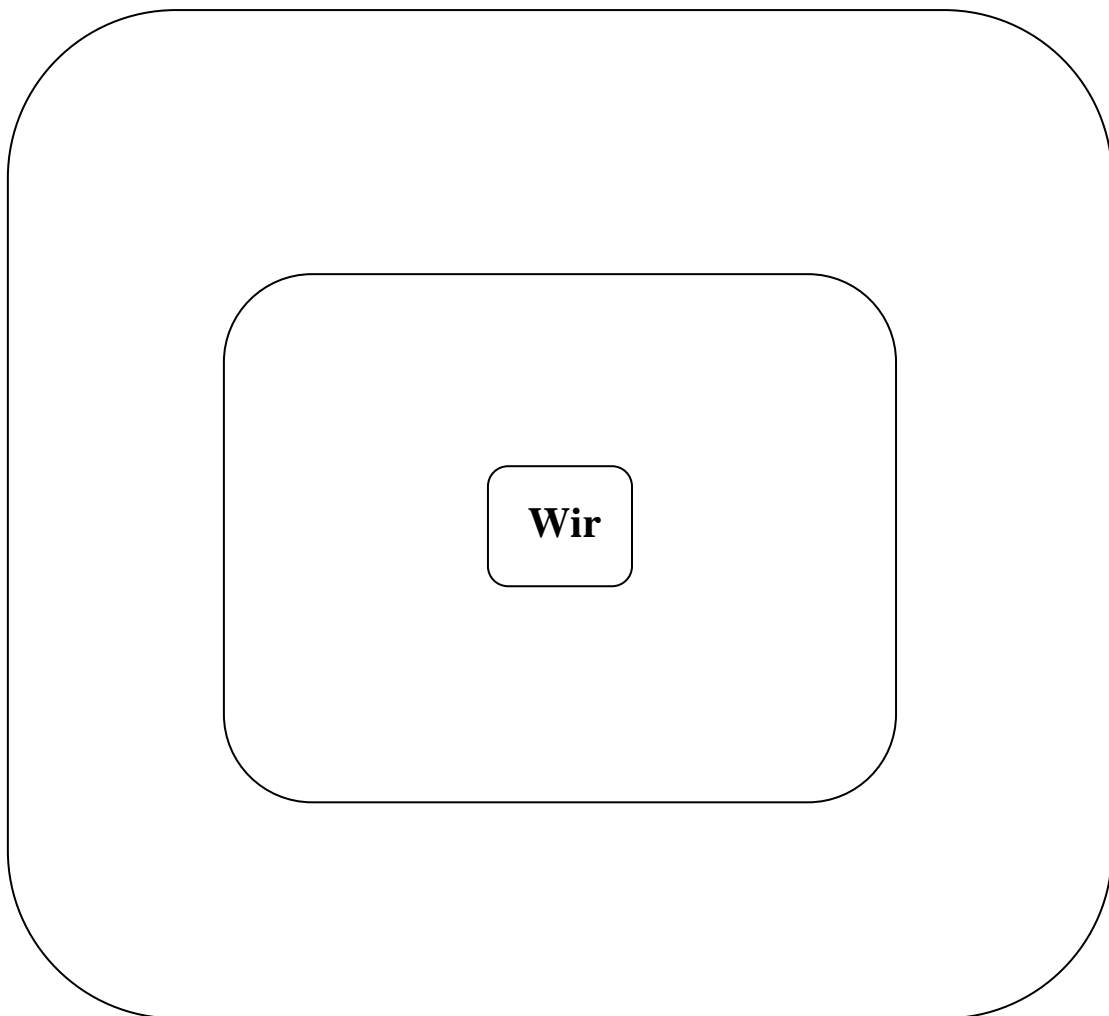
Ich bin einverstanden mit einem mündlichen und schriftlichen Datenaustausch der
Fachleute (), (), (), (), ().

Datum: Unterschrift:

Personen und Institutionen, die unsere Familie unterstützen

(ein Überblick)

Für einige Familien, die mit vielen Fachleuten zutun haben, ist diese Seite hilfreich, um die Personen mit denen man am meisten zutun hat in das Diagramm einzuzeichnen. So ist es unter Umständen leichter anderen zu erklären, wie sich die Dinge gerade entwickeln. Dieses Bild wird sich dann über die Zeit immer wieder verändern.



Pädaudiologie - Erstdiagnose

Klinik / Praxis: _____

„Arbeitsdiagnose“ am: _____

Hörschwelleinschätzung	500 Hz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	Tympanogramm			
					Normal	Unterdr	Flach	Reflex
Rechts								
Links								
mögl. SL-Anteil								

Einschätzung basiert auf:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Click-BERA | <input type="checkbox"/> visuell-konditionierter Ablenkaudiometrie |
| <input type="checkbox"/> frequenzspezifischer BERA | <input type="checkbox"/> Spielaudiometrie |
| <input type="checkbox"/> Beobachtungsaudiometrie | <input type="checkbox"/> Knochenleitung-Hörschwelle |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges. |

U-Schwelle:	Hinweis auf Recruitment:
-------------	--------------------------

Besonderer Hinweis: _____

Weitere Diagnosen: _____

Hörstörung in der Familienanamnese: _____

Empfohlene Zusatzuntersuchungen:

- Augenärztliche Untersuchung (einschl. Spiegelung des Augenhintergrunds)
- Kontrolle neurotroper Viren (soweit noch nicht erfolgt): CMV, Röteln, EBV, Herpes, Masern
- Nierenfunktion (Urinuntersuchung) Schilddrüsenfunktion EKG
- CT (Ausschluss Fehlbildung des Mittel- und Innenohres, erweiterter Aquaeduct)
- MRT (Flüssigkeitsgehalt des Innenohres, Ausschluss Fehlbildung des Hörnervs)
- Kontrolle Connexin 26 Genetische Beratung
- _____

Sozialberatung (Behindertenausweis, Pflegegeld): Steht noch aus erfolgt

Meldung an Landesförderzentrum

Hören und Sprache ja steht noch aus

durch _____

Diagnose bestätigt am: _____

Hörschwelleinschätzung	500 Hz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	Tympanogramm
Rechts					
Links					
mögl. SL-Anteil					

Einschätzung basiert auf:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Click-BERA | <input type="checkbox"/> visuell-konditionierter Ablenkaudiometrie |
| <input type="checkbox"/> frequenzspezifischer BERA | <input type="checkbox"/> Spielaudiometrie |
| <input type="checkbox"/> Beobachtungsaudiometrie | <input type="checkbox"/> Knochenleitung-Hörschwelle |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges. |

U-Schwelle:	Hinweis auf Recruitment:
-------------	--------------------------

Besonderer Hinweis: _____

Weitere Diagnosen: _____

Pädaudiologie- Verlauf

Vorstellungsdatum: _____ voraussichtlich nächster Termin: _____

interdisziplinäres Gespräch notwendig, Vorschlag: _____

Gehörgangsbefund: unauffällig auffällig: _____

Tympanometrie: unauffällig auffällig: _____

Audiometrische Messungen (s.Anlage):

Tonaudiometrie Aufblähkurve

visuell-konditionierte Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie OAE

Hörfeldskalierung Sprachaudiometrie BERA Sonstiges

Hörtechnische Messungen: RECD

Messboxkontrolle

Otoplastik- Kontrolle

Einstellungskontrolle des Hörsystems: notwendig nicht notwendig

Anmerkungen: _____

Vorstellungsdatum: _____ voraussichtlich nächster Termin: _____

interdisziplinäres Gespräch notwendig, Vorschlag: _____

Gehörgangsbefund: unauffällig auffällig: _____

Tympanometrie: unauffällig auffällig: _____

Audiometrische Messungen (s.Anlage):

Tonaudiometrie Aufblähkurve

visuell-konditionierte Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie OAE

Hörfeldskalierung Sprachaudiometrie BERA Sonstiges

Hörtechnische Messungen: RECD

Messboxkontrolle

Otoplastik- Kontrolle

Einstellungskontrolle des Hörsystems: notwendig nicht notwendig

Anmerkungen: _____

Vorstellungsdatum: _____ voraussichtlich nächster Termin: _____

interdisziplinäres Gespräch notwendig, Vorschlag: _____

Gehörgangsbefund: unauffällig auffällig: _____

Tympanometrie: unauffällig auffällig: _____

Audiometrische Messungen (s.Anlage):

Tonaudiometrie Aufblähkurve

visuell-konditionierte Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie OAE

Hörfeldskalierung Sprachaudiometrie BERA Sonstiges

Hörtechnische Messungen: RECD

Messboxkontrolle

Otoplastik- Kontrolle

Einstellungskontrolle des Hörsystems: notwendig nicht notwendig

Anmerkungen: _____

Hörsystemanpassung

Beginn am: _____ Verordnung am: _____

Verordnung von: _____

Es liegen vor: Elternfragebogen Einverständniserklärung

1. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

2. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

3. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

Audiometrische Messungen ja (s. Anlagen):

Tonaudiometrie Aufblähkurve Sprachaudiometrie Hörfeldskalierung

visuell-konditionierte Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie Messungen über Hörsystem

Toleranztest: Breitband-Signal 90dB (z.B. Musik) wird gut toleriert: rechts links beidseits

Sprachmaterial: Mainzer: I II III Göttinger: I II OLKI OLKISA

Freiburger: Zahlen Einsilber Hörfeld anderer Test: _____

Angepasste Hörsysteme:

Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

Die Programmierung basiert auf: DSL NAL-NL1 _____ - Algorithmus
 RECD-Mittelwert RECD-gemessen

Mikrofon: omnidirektional direktional adaptiv automatik

Aktiviert: sprachensitive Regelung Störgeräuschunterdrückung Rückkoppelungskontrolle

Die Hörgeräte sind ausgestattet mit: Audioeingang Laustärkesteller

Batteriefachsicherung Kinderhörwinkel Filter

Audioschuhen Hörprogrammen: _____ MT FM

_____ _____ _____

Die Otoplastiken sind ausgestattet mit: Babyschlauch Schlauch normal Powerschlauch

Winkel Libby-Horn anderer Horneffekt Zusatzbohrung _____mm Filter

Besonderer Hinweis:

Toleranztest: Breitband-Signal 90dB (z.B. Musik) wird gut toleriert: Rechts Links Beidseits

Die Familie ist ausgestattet mit: Batterietester Stethoclip Reinigungsset

Trockenbeutel/ Trockengerät Halteband für HG mit Clip

Bitte bei audiometrischen Hörsystem-Überprüfungen unbedingt beachten

(z.B. bzgl. Signalart und Hörgeräteeinstellung):

Bei der Aufblähkurve: _____

Bei Prüfung im Störgeräusch: _____

Bitte bei messtechnischen Hörsystem-Überprüfungen beachten:

Höranlage

System:

(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

Sender 1: Kanal: digital
 Empfänger 1 rechts: Kanal:
 Empfänger 1 links: Kanal:

Sender 2 : Frequenz:

(z.B. für Team-Teaching / Doppelmikrofonanlage)

Empfänger 2: Kanal: digital
 Einblendautomatik: aktiviert deaktiviert
 Umschalten am Hörgerät: notwendig automatisch / Dauer MA-Funktion
 Boom-Mikrofon (Headset)

Audioschuhtyp:

Verordnung am:

Verordnung im Konsens mit:

Es liegen vor: Elternfragebogen Rückmeldebogen der Hörfrühförderung / Schule

Besonderer Hinweis(z.B. anderes Kind mit Höranlage an der Schule –Frequenzplanung notwendig-)

.....

Sprachaudiometrie mit Hörgerät / CI + FM (in %)	55 dB	65 dB	Störgeräusch			Mit Bildmaterial
			%	dB	Richtung	
HG / CI beidseits <u>ohne</u> FM						
HG / CI beidseits <u>mit</u> FM <small>(FM-Mikrofon direkt vor dem Lautsprecher mit dem Sprachsignal platzieren)</small>						
Sprachtestmaterial: <input type="checkbox"/> Mainzer: I II III <input type="checkbox"/> Göttinger: I II <input type="checkbox"/> OLKI <input type="checkbox"/> OLKISA <input type="checkbox"/> Freiburger: <input type="checkbox"/> Zahlen <input type="checkbox"/> Einsilber <input type="checkbox"/> anderer Test:						

Versorgung mit Cochlea-Implant (CI)

CI-OP rechts am: CI-OP links am:

Implantattyp rechts: Implantattyp links:

Sprachprozessor-Ersteinstellung rechts am:

Sprachprozessor-Ersteinstellung links am:

Institution: OP:

Institution: SP-Einstellung

Institution: Reha

Institution: Reparaturservice

Sprachprozessorstrategie:

Besonderer Hinweis (z.B. Magnetstärke, spezielle Spule, gesplittete Elektrode, es sind x Kanäle abgeschaltet etc.):

.....
.....
.....
.....

Kabelbezeichnung / Farbe / Länge:

Batterie / Akku:

Otoplastik:

Profile (z.B. Kieler Kinderprofil): S. Anlage

Hörsystemanpassung auf der Gegenseite des Cochlea-Implants

Bimodale Anpassung

Beginn am: _____ Verordnung am: _____

Verordnung von: _____

Es liegen vor: Elternfragebogen Einverständniserklärung

1. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

2. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

3. Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

Audiometrische Messungen ja (s. Anlagen):

Tonaudiometrie Aufblähkurve Sprachaudiometrie Hörfeldskalierung

visuell-konditionierte Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie Messungen über Hörsystem

Toleranztest: Breitband-Signal 90dB (z.B. Musik) wird gut toleriert: rechts links beidseits

Sprachmaterial: Mainzer: I II III Göttinger: I II OLKI OLKISA

Freiburger: Zahlen Einsilber Hörfeld anderer Test: _____

Angepasste Hörsysteme:

Hörsystem rechts: _____ Hörsystem links: _____
(bitte Hörsystembezeichnung des Herstellers verwenden)

Die Programmierung basiert auf: DSL NAL-NL1 _____ - Algorithmus
 RECD-Mittelwert RECD-gemessen

Mikrofon: omnidirektional direktional adaptiv automatik

Aktiviert: sprachensitive Regelung Störgeräuschunterdrückung Rückkoppelungskontrolle

Die Hörgeräte sind ausgestattet mit: Audioeingang Lautstärkesteller

Batteriefachsicherung Kinderhörwinkel Filter

Audioschuhen Hörprogrammen: _____ MT FM

_____ _____ _____

Die Otoplastiken sind ausgestattet mit: Babyschlauch Schlauch normal Powerschlauch

Winkel Libby-Horn anderer Horneffekt Zusatzbohrung _____ mm Filter

Besonderer Hinweis:

Toleranztest: Breitband-Signal 90dB (z.B. Musik) wird gut toleriert: Rechts Links Beidseits

Die Familie ist ausgestattet mit: Batterietester Stethoclip Reinigungsset

Trockenbeutel/ Trockengerät Halteband für HG mit Clip

Bitte bei audiometrischen Hörsystem-Überprüfungen unbedingt beachten

(z.B. bzgl. Signalart und Hörgeräteeinstellung):

Bei der Aufblähkurve: _____

Bei Prüfung im Störgeräusch: _____

Bitte bei messtechnischen Hörsystem-Überprüfungen beachten:

Pädagogische Audiologie / Hör- Sprach- (Früh)Förderung

Vorstellungsdatum: Voraussichtlich nächster Termin:

Interdisziplinäres Gespräch notwendig, ja nein

Vorschlag(s. Vereinbarungen).....

Beratungsinhalte:

Mit den Hörgeräten/CI kommt es zu einem deutlichen Gewinn bei der Sprachaufnahme:

ja nein

Kompetenzen im Umgang mit den Hörhilfen

Das Kind gibt an, wenn die Hörhilfen nicht funktionieren: ja nein

Für das Sprachverstehen ist das Mundbild wichtig: ja nein

Das Kind fragt nach, wenn es nicht verstanden hat: ja nein

Selbstständiges Einsetzen der Hörhilfen ja nein

Selbstständiger Batteriewechsel ja nein

Selbstständige Pflege der Hörhilfen ja nein

Sonstiges:

.....
.....

Vereinbarungen z.B. Höranlage, Kontrolle, Aufsuchen von Fachleuten, Maßnahmen für die Familie,....

Kontrolle / Pflege der Hörsysteme:

Gehörganginspektion:.....

Reinigung der Ohrpassstücke Abhörkontrolle

Hörtechnische Messungen: RECD Messboxkontrolle

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

Tonaudiometrie Aufblähkurve Tympanometrie Sprachaudiometrie

visuell-konditionierter Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie

Einstellungskontrolle des Hörsystems: notwendig nicht notwendig

Anmerkungen/Empfehlungen.....

.....

Pädagogische Audiologie / Hör- Sprach- (Früh)Förderung

Vorstellungsdatum: Voraussichtlich nächster Termin:

Interdisziplinäres Gespräch notwendig, ja nein

Vorschlag(s. Vereinbarungen).....

Aktueller Entwicklungsstand im Bereich Hören und Sprache:

Mit den Hörgeräten/CI kommt es zu einem deutlichen Gewinn bei der Sprachaufnahme:

ja nein

Kompetenzen im Umgang mit den Hörhilfen

Das Kind gibt an, wenn die Hörhilfen nicht funktionieren: ja nein

Für das Sprachverstehen ist das Mundbild wichtig: ja nein

Das Kind fragt nach, wenn es nicht verstanden hat: ja nein

Selbstständiges Einsetzen der Hörhilfen ja nein

Selbstständiger Batteriewechsel ja nein

Selbstständige Pflege der Hörhilfen ja nein

Sonstiges:

.....
.....

Vereinbarungen z.B. Höranlage, Kontrolle, Aufsuchen von Fachleuten, Maßnahmen für die Familie,....

Kontrolle / Pflege der Hörsysteme:

Gehörgangsinspektion:.....

Reinigung der Ohrpassstücke Abhörkontrolle

Hörtechnische Messungen: RECD Messboxkontrolle

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

Tonaudiometrie Aufblähkurve Tympanometrie Sprachaudiometrie

visuell-konditionierter Ablenkaudiometrie Spielaudiometrie

Einstellungskontrolle des Hörsystems: notwendig nicht notwendig

Anmerkungen/Empfehlungen.....

Teamgespräch: Eltern + Fachleute

Teamdatum: Voraussichtlich nächster Termin:

Teilnehmer:
.....
.....
.....

Stand der technischen Versorgung:

1. Eltern:
.....
2. :
.....
3. :
.....

Erreichte Ziele der Hör- Sprach-Kommunikationsentwicklung:

1. Eltern:
.....
2. :
.....
3. :
.....

Verbesserungsbereiche:

1. Eltern:
.....
2. :
.....
3. :
.....

Vereinbarte nächste Schritte und Ziele:

1.:
.....
2.:
.....
3.:
4.:
5.:

Terminübersicht

(auch zur Vorlage bei der Krankenkasse)

für:

(bitte alle Termine, die durchgeführt wurden, eintragen lassen)

Datum:	Stelle / Stempel / Unterschrift: