

Name, Vorname

Geburtsname

Telefon

Adresse

Datum

Meldende Stelle (Stempel), Bearbeiter/in

Ersterhebung

☒ wird hier von uns nach Eintrag ins Register abgetrennt und vernichtet.

BITTE NICHT AUSFÜLLEN I-Zahl 1 Lfd.-Nr. 2 Klinik-Nr. 3

Patientendaten:

Geburtsdatum 4, 5, 6
 Tag Monat Jahr

Geschlecht männl. weibl. k.A. 7

Familienanamnese:

Trägt jemand in der Familie seit der Kindheit ein Hörgerät? ja nein unbekannt 8

Wenn ja, ab welchem Alter? ab Jahre 9

Blutsverwandschaft der Eltern ja nein unbekannt 10

Hörstörungen? Mutter ja nein unbek. Vater ja nein unbek. 11, 12

Wahrscheinlichste Ursache (der Hörstörung der Eltern): _____ 13

Geschwister

Anzahl männlich weiblich k.A. 14, 15

Davon Anzahl Hörgestörter männlich weiblich k.A. 16, 17

Anzahl weiterer hörgeschädigter Personen in der Verwandtschaft männlich weiblich k.A. 18, 19

Eigenanamnese:

Hörstörung erstmalig vermutet Tag Monat Jahr k.A. 20, 21, 22

durch Eltern/Verwandte ja nein 23, 24

Wenn ja, entsprechendes ankreuzen (Mehrfachangabe möglich):

- Fehlende Reaktion auf Musik/neue Geräusche
- Kind spricht nicht altersentsprechend
- Kind reagiert nicht auf Stimmen/Geräusche aus anderen Zimmern
- andere Gründe: _____ 25

durch andere ja nein 26, 27

- Phoniater/Pädaudiologe
- Kinderarzt
- HNO-Arzt
- andere: _____ 28

Erstvorstellung in Ihrer Einrichtung Tag Monat Jahr k.A. 29, 30, 31

Diagnose gesichert Tag Monat Jahr k.A. 32, 33, 34

Progredienz re: sicher wahrscheinlich nein keine Angaben möglich li: 35

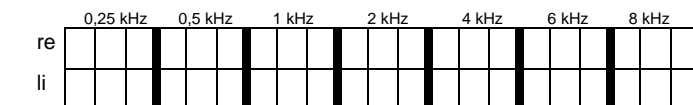
Hörstörungstyp:

re: Schalleitung > 25 dB kombiniert sensorineural cochleär neural zentral li: Schalleitung kombiniert sensorineural cochleär neural zentral 36

Bestimmung des Hörverlustes

durch: Tonaudiogramm BERA 37

Hörverlust in dB(HL)



Lokalisation der Hörstörung

rechts links bds. 39

Vermutliche Ursache der Hörstörung

genetisch erworben ungeklärt 40

Führte eine Grunderkrankung zur Hörstörung? ja nein

Wenn ja, Name der Grunderkrankung: _____

Ist die Hörstörung Teil eines Syndroms? ja nein

Wenn ja, Name des Syndroms: _____

Liegen Fehlbildungen im Kopfbereich vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen weitere Erkrankungen vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____ 41

Risikofaktoren:

- Frühgeburt (≤ 32 SSW)
- Perinatale Hypoxie (28 SSW - 7. Lebenstag)
- Geburtsgewicht <1500g
- Apgar nach 5 Min. ≤ 3
- Künstliche Beatmung als Neugeborenes
- Austauschtransfusion wg. Gelbsucht
- Infektionen prae/postnatal (Toxopl., Röteln, etc.)
- Meningitis, Encephalitis
- Ototoxische Medikation
- Abusus (Medikamente, Drogen, Alkohol)
- Stationäre Behandlung wg. Schädel-Hirn-Trauma
- Sonstige _____
- Unbekannt _____
- Keine 42

Therapiebeginn

Tag Monat Jahr 43

Art der Therapie: re Medikamentös Hörgerät mit Luftleitungshörer Hörgerät mit Knochenleitungshörer Knochenverankertes Hörgerät Cochleaimplantat Hörverbessernde Ohrprothesen Sonstiges Keine li: 44

Erstdiagnostik und endgültige Therapie an der gleichen Institution ja nein k.A. 45

* gemeint sind nur persistierende Hörstörungen, bei denen keine Aussicht auf Spontanremission einer Schalleitungskomponente besteht (z.B. kein Paukenerguß)