

Elternfragebogen 2

UntersucherIn:

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie die Fragen in Ruhe. Bei Unsicherheiten besprechen Sie den Punkt auch mit anderen Angehörigen, die das Kind häufig beobachtet haben. Wenn Sie nicht sicher sind, wie die Frage gemeint ist, lassen Sie die Frage unbeantwortet.

Name: _____ Geb.Dat.: _____ Datum: _____

1. Änderungen im Verhalten

Interne Vermerke:

a	Veränderungen während/nach der Studie im Verhalten und Stimmung am Morgen (in der Schulzeit, nicht in den Ferien):	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
b	Veränderungen während/nach der Studie im Verhalten und Stimmung nach der Schule :	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
c	Veränderungen während/nach der Studie im Arbeitsverhalten bei den Schularbeiten:	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
d	Veränderungen während/nach der Studie in der Ablenkbarkeit :	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
e	-			
f	Veränderungen während/nach der Studie im Sozialverhalten des Kindes, im Umgang mit anderen Kindern:	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
g	-			
h	Veränderungen während/nach der Studie im bewussten handeln. Denkt das Kind mehr nach, bevor es handelt?	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
i	Veränderungen während/nach der Studie in der Konzentration. Führt das Kind Aufgaben besser zu Ende, bessere Konzentrationsspanne?	Veränderungen: <input type="checkbox"/> keine	Folgende: <input type="checkbox"/>	
j	Veränderungen während/nach der Studie beim TV schauen?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> schaut mehr	<input type="checkbox"/> schaut weniger	
k	Veränderungen während/nach der Studie beim am PC sitzen oder Computerspielen (x-Box, GameBoy ...)	<input type="checkbox"/> keine Veränderung sitzt/spielt mehr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sitzt/spielt mehr	

Elternfragebogen 2

2. Ohren

Interne Vermerke:

a	Wurde während der Studie ein Hörtest beim Kinder- oder HNO- Arzt durchgeführt ? Wie war das Resultat ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> hört normal	<input type="checkbox"/> ca. am _____ durchgeführt <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> trägt Hörgeräte	
b	Mittelohrentzündungen (während der Studie)	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten	<input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____	
c	Wurden während der Studie Paukenröhrchen eingesetzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
d	Erkältungen, Schnupfen (während der Studie)	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten	<input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____	
e	Sind während der Studie Allergien oder Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Pollen, Hausstaub) bekannt geworden?	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Folgende: _____ _____	

3. Hören

a	Gibt es Geräusche, die Ihr Kind während / nach der Studie besser zu hören scheint ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	
b	-			
c	Gibt es Geräusche, die Ihr Kind während / nach der Studie besser erträgt, weniger schmerzvoll zu empfinden scheint? In welchen Situationen ist Ihnen die Veränderung aufgefallen (Mehrfachnennungen möglich) ? <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Schule <input type="checkbox"/> beim Einkaufen <input type="checkbox"/> andere Situationen: _____	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	
d	Kommt das Kind mit Lärmsituationen in Gruppen besser zurecht?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> kommt besser zurecht <input type="checkbox"/> kommt schlechter zurecht	
e	Benutzt das Kind während / nach der Studie weniger laute Geräusche ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> weniger laute Geräusche <input type="checkbox"/> mehr laute Geräusche	
f	Beschwert sich das Kind während / nach der Studie , wenn mehr als einer spricht ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> beschwert sich mehr <input type="checkbox"/> beschwert sich weniger	
g	Kann das Kind während / nach der Studie den Verlauf eines Gesprächs besser folgen?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> kann Gesprächen besser folgen <input type="checkbox"/> kann Gesprächen weniger gut folgen	
h	Fragt das Kind häufig nach, wenn es einen Auftrag bekommen hat ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> fragt mehr nach <input type="checkbox"/> fragt weniger nach	
i	Vergisst es häufig mündliche Aufträge ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> weniger vergesslich <input type="checkbox"/> mehr vergesslich	

Elternfragebogen 2

4. Entwicklung der Sprache:

Interne Vermerke:

a	-	
b	Jetzige Sprachfähigkeiten (nach der Studie): (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> Grammatik ist besser geworden <input type="checkbox"/> Sätze sind länger geworden <input type="checkbox"/> sonstige Veränderungen: _____
c	Werden nach der Studie Konsonanten in der Aussprache verwechselt? Z.B. b, p, d, g, k, t, f, w und m, n, s, sch	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> weniger Verwechslungen <input type="checkbox"/> mehr Verwechslungen Welche Konsonanten besonders: _____
d	Wenn das Kind spricht, wie wird es nach der Studie von den meisten Leuten verstanden?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> geringeres Verständnis <input type="checkbox"/> besseres Verständnis
e	Ist seine Sprache nach der Studie anders?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> deutlicher <input type="checkbox"/> undeutlicher <input type="checkbox"/> verwaschener <input type="checkbox"/> weniger verwaschen <input type="checkbox"/> melodischer <input type="checkbox"/> monotoner
f	Werden bekannte Gegenstände nach der Studie häufig fehlerhaft benannt?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> mehr Fehler in der Benennung <input type="checkbox"/> weniger Fehler
g	Werden nach der Studie Konsonanten beim Schreiben verwechselt? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> es schreibt noch nicht <input type="checkbox"/> mehr Verwechslungen <input type="checkbox"/> weniger Verwechslungen Welche Konsonanten besonders: _____
h	Werden nach der Studie Konsonanten beim Lesen verwechselt? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> es liest noch nicht <input type="checkbox"/> mehr Verwechslungen <input type="checkbox"/> weniger Verwechslungen Welche Konsonanten besonders: _____

5. Motorik und Bewegung:

a	Hat sich nach der Studie Haltung und Bewegung des Kindes verändert:	<input type="checkbox"/> keine Veränderung Veränderung im Bereich: <input type="checkbox"/> gebeugte Haltung <input type="checkbox"/> Zehenspitzenengang <input type="checkbox"/> schwankend, unsicher <input type="checkbox"/> häufig impulsive Beweg. <input type="checkbox"/> langsame Bewegung <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme Beschreiben Sie die Veränderungen: _____ _____
b	Ist das Kind nach der Studie unruhiger/ruhiger oder kann nicht lange/länger stillsitzen?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> unruhiger <input type="checkbox"/> ruhiger <input type="checkbox"/> kann länger stillsitzen <input type="checkbox"/> kann weniger lang stillsitzen wenn Veränderung, bei welchen Gelegenheiten? _____
c	-	

Elternfragebogen 2

6. Sonstige Therapien und Allgemeines:

Interne Vermerke:

a	Bekommt das Kind Ritalin oder andere Psychopharmaka ?	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
b	-			
c	Welche Therapien hat das Kind während der Studie erhalten ?	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> Therapie: _____ von _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> laufen noch	
d	Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	Veränderung im Bereich: <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> besonders kurze Schlafzeiten <input type="checkbox"/> besonders lange Schlafzeiten <input type="checkbox"/> häufig Alpträume Beschreiben Sie die Veränderungen: _____ _____	
e	Falls häufiges Bettnässen:	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> kommt seltener vor <input type="checkbox"/> kommt häufiger vor	

Allgemeine Einschätzung:

Denken Sie, dass das Hörtraining geholfen hat ?

Würden Sie das Hörtraining weiter empfehlen ?

	nein	eventuell	ja
Denken Sie, dass das Hörtraining geholfen hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie das Hörtraining weiter empfehlen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>