

# Erfahrungsbericht Eltern



Der Rücksendung beilegen oder per Post senden an:

AUDIVA Hören und Bewegen  
z. Hd. Uwe Minning

Behlenstr. 3

D - 79400 Kandern-Holzen

Datum: .....

oder faxen an 07626-9779-11

## **Liebe Anwenderin, lieber Anwender !**

Wenn Sie folgende Fragen beantworten, helfen Sie uns die Produkte, deren Beschreibungen, das Zubehör, den Service ... zu verbessern. Alle Angaben sind freiwillig. Die Angaben werden ausgewertet und Häufungen ermittelt, die dann in die Produktentwicklung und Dokumentation einfließen.

Welches Gerät haben Sie angewendet ? HWT home: ; HWT praxis:   
HWT standard: ; HWT spectrum:   
Anderes: .....

## **Technische Fragen:** Kreuzen Sie, wenn möglich, ein Feld in jeder Zeile an:

	mühsam, schlecht	Einigermaßen, mittelmäßig	einfach, gut	sehr einfach, sehr gut
<b>Inbetriebnahme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (z.B. das Anschließen): .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

<b>Einstellung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen: .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

<b>Qualität des Produktes / Zubehör</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen: .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

<b>Handhabung des Produktes / Zubehör</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen: .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

## **Allgemeine Bemerkungen**

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

**Bitte wenden, es folgen therapeutische Fragen ...**

# Erfahrungsbericht Eltern



## Therapeutische Fragen: Kreuzen Sie, wenn möglich, ein Feld in jeder Zeile an:

### Musikhören in Phase A

Barockmusik hören:

Integration in den Alltag:

Beschäftigungen während des Musikhörens: .....

Lieblingsmusik: .....

Bemerkungen: .....

mühsam	einigermaßen	einfach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Texte hören und lesen in Phase B

Text nur hören:

Text nur lautlesen:

Text hören und lautlesen:

Lieblingsgeschichte / Buch: .....

Bemerkungen: .....

mühsam	einigermaßen	einfach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Veränderungen nach Beobachtung:

In der Aussprache (Deutlichkeit):

Beim Zuhören:

Satzstellung beim Sprechen:

Redefluss (Stottern, Poltern):

Lesen:

Rechtschreibung (Diktat):

Motorik (Körperbewegung u. Koordination):

Grafomotorik (Handschrift):

Geräuschempfindlichkeit:

Merkfähigkeit (Vergesslichkeit):

Verhalten zu Hause:

Verhalten in der Schule/Gruppe:

schlechter	gleichbleibend	etwas verbessert	deutlich verbessert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zusammenfassung:

Wurden Sie therapeutisch in das Hörtraining eingewiesen?

Konnten Sie Ihr Kind leicht motivieren?

Hat Ihr Kind auch Fremdsprachen über die Geräte gelernt?

Denken Sie, dass das Hörtraining geholfen hat ?

Würden Sie das Hörtraining weiter empfehlen ?

Fanden parallel noch andere Therapien statt ?

Wenn ja welche: .....

nein	eventuell	ja
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Ihre individuellen Erfahrungen sind uns wichtig!

### Beschreiben Sie Ihre Beobachtungen:

Bitte geben Sie Alter und Geschlecht mit an. Alter: ..... Geschlecht:  M  W

**Datenschutz:** Name, Anschrift und Kontaktdaten werden nicht veröffentlicht oder weitergegeben!

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Mit freundlichen Grüßen Ihr AUDIVA Team.**