

Fragebogen Erwachsene 1

UntersucherIn:

Sehr geehrte Damen und Herren, bitte beantworten Sie die Fragen in Ruhe. Bei Unsicherheiten besprechen Sie den Punkt auch mit Angehörigen oder Ihrem Therapeuten. Wenn Sie nicht sicher sind, wie die Antwort lautet, streichen Sie die Frage durch.

Name: _____ **Geb.Dat.:** _____ / **Alter:** _____ **Datum Befragung:** _____

1. Ihr Verhalten

		zutreffende Antworten angeben/ankreuzen	Interne Vermerke:
A	Morgens (Mehrfachnennungen möglich):	<input type="checkbox"/> Sie stehen sofort nach dem Wecken auf <input type="checkbox"/> Sie müssen öfters geweckt werden Sie sind morgens meist <input type="checkbox"/> fröhlich / <input type="checkbox"/> verträumt / <input type="checkbox"/> hektisch / <input type="checkbox"/> mürrisch	
B	Am Abend sind Sie ... (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> häufig müde <input type="checkbox"/> häufig aggressiv, aufgeregt <input type="checkbox"/> häufig depressiv, niedergeschlagen <input type="checkbox"/> motorisch unruhig <input type="checkbox"/> ausgeglichen	
		<input type="checkbox"/> Sie klagen häufig über Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Sie klagen häufig über: _____	
C	Sind Sie leicht durch Geräusche ablenkbar?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig wenn ja, von welchen Geräuschen? _____ <input type="checkbox"/> Sie brauchen bei Arbeiten völlige Ruhe <input type="checkbox"/> Sie klagen häufig über laute Geräusche	
D	Ihre Mitmenschen bemerken bei ihnen... (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration/Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> geringe Mitarbeit <input type="checkbox"/> Rückzug <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> nichts davon – alles OK	
E	Wie verhalten Sie sich in der Gruppe	<input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> unkonzentriert <input type="checkbox"/> zurückziehend <input type="checkbox"/> nichts davon – alles OK	
F	Führen Sie Aufgaben gleich zu Ende (gute Konzentrationsspanne) ?	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> immer	
G	Haben Sie Lampenfieber bei Auftritten vor einer Gruppe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> immer	
H	Wieviel Fernsehen schauen Sie?	täglich: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 3 Std. wöchentlich: <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2-3 x <input type="checkbox"/> mehr als 3 x	
I	Wieviel Zeit verbringen Sie mit Spielen, Internet, bei Facebook etc, mit Smartphone, PC & Co?	täglich: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 3 Std. wöchentlich: <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2-3 x <input type="checkbox"/> mehr als 3 x	

Fragebogen Erwachsene 1

2. Ohren

zutreffende Antworten angeben/ankreuzen

Interne Vermerke:

A	Ihr letzter Hörtest beim <input type="checkbox"/> HNO-Arzt oder <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustiker am: Wie war das Resultat ?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ca. am _____ durchgeführt <input type="checkbox"/> höre normal <input type="checkbox"/> leicht auffällig <input type="checkbox"/> sehr auffällig Besorgen Sie sich Ihre Hörkurve und bringen Sie diese das nächste Mal mit. Max. 3 Monate alt.	
A1	Wurden Ihnen Hörgeräte empfohlen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> angeraten <input type="checkbox"/> dringend angeraten	
A2	Wollen Sie Hörgeräte vermeiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A3	Haben Sie bereits Hörgeräte?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> trage ich immer <input type="checkbox"/> trage ich nur zu bestimmten Situationen Nennen Sie die Situationen: _____ <input type="checkbox"/> trage ich kaum <input type="checkbox"/> trage ich gar nicht Warum tragen Sie die Hörgeräte nicht/kaum _____ <input type="checkbox"/> nur für linkes <input type="checkbox"/> nur für rechtes <input type="checkbox"/> für beide Ohren	
A4	Implantate	<input type="checkbox"/> Habe ich nicht Cochlea Implantat <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Mittelohr Implantat <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Andere Implantate: _____	
B1	Krankheiten, Unfälle das Gehör (mit) betreffend)	<input type="checkbox"/> Hatte ich nie <input type="checkbox"/> Hörsturz (plötzliche Taubheit) wenn ja: <input type="checkbox"/> nur links <input type="checkbox"/> nur rechts <input type="checkbox"/> beide Ohren <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: __ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> Hörstörungen durch Medikamente (Nebenwirkungen) <input type="checkbox"/> Otosklerose (Verknöcherung im Mittelohr) <input type="checkbox"/> Andere Gehörkrankheiten/Unfälle: _____	
B2	Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> Habe ich nicht <input type="checkbox"/> sehr schwach – empfinde ich als normal <input type="checkbox"/> schwach, jedoch bei Stress stärker <input type="checkbox"/> deutlich, jedoch keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> leicht lästig <input type="checkbox"/> stark belastend <input type="checkbox"/> nur links <input type="checkbox"/> nur rechts <input type="checkbox"/> beide Ohren Beschreiben Sie die Art des Geräusches: _____ Und wählen Sie hier, was am ehesten passt: <input type="checkbox"/> Pfeifen <input type="checkbox"/> Summen <input type="checkbox"/> Brummen (tief) <input type="checkbox"/> Rauschen (hell) <input type="checkbox"/> Rauschen (dunkel) <input type="checkbox"/> beide Ohren haben unterschiedliche Geräusche Was wirkt lindernd auf die Geräusche?: _____ Was verstärkt die Geräusche?: _____	

Fragebogen Erwachsene 1

C	Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten	In der Kindheit bis etwa 21. Lebensjahr: <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: ___ <input type="checkbox"/> wiederholt über ___ <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre Als Erwachsener: <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: ___ <input type="checkbox"/> wiederholt über ___ <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre	
C1	Wurden jemals Paukenröhrchen eingesetzt (Mittreohrdrainage)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: ___ <input type="checkbox"/> wiederholt über ___ <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre	
C2	Erkältungen, Schnupfen (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten <input type="checkbox"/> nur selten	<input type="checkbox"/> mehrere Monate im Winter <input type="checkbox"/> mehrere Monate im Sommer <input type="checkbox"/> nur nach Kontakt mit anderen Menschen <input type="checkbox"/> ja, aber nicht in den Ferien	
D	Sind Allergien oder Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Pollen, Hausstaub) bekannt ?	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> vermutet <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	

3. Hören

zutreffende Antworten angeben/ankreuzen

A	Gibt es Geräusche, die Sie nicht Hören , obwohl andere Menschen sie hören?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	
B	Gibt es Geräusche, die Sie besser als andere Menschen hören?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
C	Gibt es Geräusche, die Sie als schmerzvoll empfinden? In welchen Situationen treten oder traten diese Empfindungen auf (Mehrfachnennungen möglich) ? <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> auf der Arbeit <input type="checkbox"/> in der Stadt <input type="checkbox"/> andere Situationen: _____	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ im Alter von: _____ bis: _____	
D	Meiden Sie Gruppen wegen der Geräusche/des Lärms?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
E	Wird Ihre Stimme manchmal sehr laut?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zu welchen Gelegenheiten?: _____	
F	Verstehen Sie schwerer, wenn mehr als einer spricht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft	
G	Verlieren Sie im Verlauf eines Gesprächs häufig den Faden ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> ich beteilige mich selten an Gesprächen	
H	Fragen Sie häufig nach, wenn Sie einen mündlichen Auftrag bekommen haben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft	
I	Vergessen Sie häufig mündliche Aufträge ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft	

Fragebogen Erwachsene 1

4. Musik		zutreffende Antworten angeben/ankreuzen		
A	Spielen Sie ein Instrument oder Singen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich spiele ein Instrument: _____ <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> ich singe: _____ <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmässig	
B	Welche Musik gefällt Ihnen am besten?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rock <input type="checkbox"/> Pop <input type="checkbox"/> Klassik <input type="checkbox"/> Schlager Genauere Stilrichtungen die Sie mögen: _____ Welche Lieblingstitel haben Sie: _____ _____	
B1	Hatten Sie jemals Kontakt zu Musik von Mozart, Bach, Vivaldi	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> regelmässig	
B2	Können Sie sich vorstellen, die Instrumentalmusik von Mozart, Bach, Vivaldi zu hören?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
 um ihre Hörsituation zu verbessern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
 würden Sie Naturgeräusche vorziehen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Fragebogen Erwachsene 1

5. Ihre Sprache:

zutreffende Antworten angeben/ankreuzen

Interne Vermerke:

0	Ist Ihre Aussprache, Artikulation ein Thema?	<input type="checkbox"/> nein (dann diesen Block überspringen) <input type="checkbox"/> ja	
A	Sprechbeginn (haben Sie als Kind normal oder verzögert begonnen zu sprechen?)	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> Probleme wegen Fremdsprache	
B	Jetzige Sprachfähigkeiten:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> keine Wörter <input type="checkbox"/> ein Wort <input type="checkbox"/> 2-3 Wörter <input type="checkbox"/> kurze Sätze, jedoch mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze, jedoch mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze, grammatikalisch richtig	
C	Werden Konsonanten in der Aussprache verwechselt ? Z.B. b, p, d, g, k, t, f, w und m, n, s, sch	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	
D	Werden Sie von den meisten Leuten verstanden?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> gar nicht	
E	Ist Ihre Sprache eher	<input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> verwaschen <input type="checkbox"/> melodisch <input type="checkbox"/> monoton	
F	Finden Sie immer die richtigen Worte oder suchen Sie länger?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig	
G	Werden Konsonanten beim Schreiben verwechselt ? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	
H	Werden Konsonanten beim Lesen verwechselt ? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	

6. Ihre Motorik und Bewegung:

A	Beschreiben Sie Ihre jetzige Haltung und Bewegung: (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> normal (dann diesen Block überspringen) <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	
B	Gleichgewicht Rückwärtslaufen	<input type="checkbox"/> ich bin in allen Bewegungen im Gleichgewicht <input type="checkbox"/> manchmal bin ich unsicher <input type="checkbox"/> Ich bin bereits gestürzt <input type="checkbox"/> einmal <input type="checkbox"/> schon öfter <input type="checkbox"/> kann ich <input type="checkbox"/> konnte ich mal <input type="checkbox"/> konnte ich nie	
C	Können Sie konzentriert stillsitzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> häufig/meistens <input type="checkbox"/> manchmal wenn nein, bei welchen Gelegenheiten nicht? _____	
D	Erinnern Sie sich noch, ob Sie damals als Kind die jeweilige Fähigkeit altersgerecht entwickelt hatten?	Alter 9 Monate Krabbeln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Alter 12 Monate Stehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Alter 24 Monate Rennen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Fragebogen Erwachsene 1

7. Sonstige Therapien und Allgemeines:

zutreffende Antworten angeben/ankreuzen

Interne Vermerke:

A	Nehmen Sie Medikinet, Ritalin oder andere Psychopharmaka?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
B	Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall oder einen Krampfanfall?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von ____ <input type="checkbox"/> wiederholt im Alter von ____ bis ____	
C	Welche Therapien haben Sie als Kind bereits früher erhalten bzw. welche Therapien laufen heute?	<input type="checkbox"/> keine als Kind erhalten <input type="checkbox"/> Keine in den letzten Jahren erhalten	<input type="checkbox"/> Therapien als Kind: _____ _____ <input type="checkbox"/> Folgende Therapien erhalte ich heute: _____ _____	
D	Besonderheiten im Schlaf-Wach-Rhythmus (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> keine	<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	

8. Rund um Ihre Geburt:

Während der Schwangerschaft Ihrer Mutter:

A	Besonderheiten, die Sie von Ihrer Mutter wissen und in der Zeit vor der Geburt stattfanden.	<input type="checkbox"/> alles normal	<input type="checkbox"/> ja, folgendes: _____ _____	
---	---	---------------------------------------	---	--

Während der Geburt:

B	Geburt (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> alles normal	<input type="checkbox"/> Frühgeburt, um ____ Wochen <input type="checkbox"/> Inkubator, Dauer: _____ <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingung, blaue Säuglingshaut <input type="checkbox"/> Saugglocken- oder Zangenentbindung <input type="checkbox"/> Mehrfachgeburt <input type="checkbox"/> andere: _____	
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Nach der Geburt:

C	Wie lange waren Sie von Ihrer Mutter nach der Geburt getrennt?	<input type="checkbox"/> max. 1 Tag (normal)	<input type="checkbox"/> mehrere Tage <input type="checkbox"/> mehrere Wochen <input type="checkbox"/> Säuglingskrankheiten: _____ _____ Zeitraum der Krankheit: _____	
D	Starke seelische Belastungen nach der Geburt (Ihre Mutter und/oder Sie bis zum 4. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Trennung (Scheidung) <input type="checkbox"/> Traumatische Erlebnisse: _____	

Fragebogen Erwachsene 1

Auswertung:

Frage Nr.:	Hörfähigkeit	Ohrgeräusche	Sprachverständnis	Merkfähigkeit	Hyperakusis Schallüberempfindlichkeit	Ablenkbarkeit Filterung	Aufmerksamkeit Konzentration	Überlastung	Emotionalität	Hörtrainingsmotivation
1A								<input type="checkbox"/>		
1B								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1C					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1D							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1E					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
1F							<input type="checkbox"/>			
1G						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1H										
1I										
2A	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
2A1	<input type="checkbox"/>									
2A2										<input type="checkbox"/>
2A3	<input type="checkbox"/>									
2A4	<input type="checkbox"/>									
2B1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
2B2		<input type="checkbox"/>								
2C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
2C1	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
2C2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
2D										
3A	<input type="checkbox"/>									
3B					<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)			
3C					<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)			
3D					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3E	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3F	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
3G			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3H	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3I			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
4A				+		+	+	+	+	
4B	+/-	+/-								
4B1										+/-
4B2										<input type="checkbox"/>
Sum.:										
5	Nur relevant bei Aphasie, Artikulations- und Sprachverlust/einschränkung. Es würde das AUDIVA Hörtraining, HWT (Phase B) mit Eigenstimme und Mikrofon durchgeführt werden.									
6	Das HWT (Phase A) gibt Bewegungsimpulse für Tonus und Körperhaltung. Bei Unruhe, geringe Körperkontrolle auch mittels Vibrationen (Klangbox) stimulieren.									
7	Vertiefende Abklärung									
8	Diese Fragen können dabei helfen, frühe Ursachen herauszufinden.									