

Anamnesebogen: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)

1. Stammdaten

- Name, Vorname des Kindes: _____
- Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d
- Anschrift: _____
- Telefonnummer / E-Mail: _____
- Erziehungsberechtigte: _____
- Kinderarzt / Pädaudiologe: _____
- Einrichtung (Kita/Schule/Klasse): _____
- Händigkeit des Kindes: ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ Noch wechselnd

2. Derzeitiger Vorstellungsgrund & Leidensdruck

- Was sind die Hauptschwierigkeiten im Alltag / in der Schule?

- Wann und in welchen Situationen fallen die Probleme besonders auf?
☐ Bei Hintergrundgeräuschen (Klassenzimmer, Feiern) ☐ Bei Müdigkeit ☐ Immer
- Wie reagiert das Kind, wenn es etwas akustisch nicht versteht?
☐ Frustration/Rückzug ☐ Häufiges Nachfragen („Was?“, „Hä?“) ☐ Raten/Ja-Sagen

3. Auditive Aufmerksamkeit & Verstehen im Alltag

- Reagiert das Kind prompt, wenn es direkt angesprochen wird?
☐ Ja ☐ Nein, oft erst nach mehrmaligem Rufen oder Berühren
- Kann das Kind Geräusche oder Stimmen im Raum schnell lokalisieren?
☐ Ja ☐ Nein (schaut oft in die falsche Richtung, wenn man es ruft)
- Wie gut kann das Kind längeren Erzählungen oder Vorlesen folgen?
☐ Gut/Ausdauernd ☐ Schweift schnell ab / verliert den Faden
- Werden mündliche Aufträge (v. a. Mehrfachaufträge) korrekt ausgeführt?
* Beispiel: „Zieh die Jacke an und bring die Tasche mit.“
☐ Ja ☐ Teilweise (vergisst meistens den zweiten/letzten Teil) ☐ Nein
- Ermüdet das Kind in lauter Umgebung (z. B. nach der Schule/Kita) auffällig schnell?
☐ Ja, ist danach sehr erschöpft/gereizt ☐ Nein

4. Medizinische & Pädaudiologische Vorgeschichte

- Liegt ein aktueller Hörtest (Tonaudiogramm) beim HNO/Pädaudiologen vor?
☐ Ja, das periphere Gehör ist normal (organisch gesund) ☐ Nein ☐ Befund: _____
- Gab es in der Vorgeschichte häufige Mittelohrentzündungen (Otitis media)?
☐ Nein ☐ Ja, im Alter von _____ bis _____ Jahren (sehr häufig)
- Lief zeitweise Flüssigkeit hinter dem Trommelfell auf (Paukenerguss)?
☐ Nein ☐ Ja, das Kind hat zeitweise wie „unter Wasser“ gehört

- Wurden operativ Paukenröhrchen gesetzt oder die Polypen entfernt?
[] Nein [] Ja, am (Datum/Alter): _____

5. Lautstruktur & Schriftspracherwerb (Schule / Vorschule)

- Fällt es dem Kind schwer, Reime zu erkennen oder zu bilden?
[] Ja [] Nein
- Kann das Kind Wörter in Silben klatschen?
[] Ja [] Nein / Fällt schwer
- Kann das Kind den Anfangslaut eines Wortes heraushören (z. B. „M“ bei Maus)?
[] Ja [] Nein / Verwechselt ähnliche Laute (z. B. G/K, D/T, B/P)
- Gibt es bereits Probleme beim Lesen- oder Schreibenlernen?
[] Nein [] Ja (z. B. Auslassen von Buchstaben, Vertauschen von Lauten)
- Besteht der Verdacht auf eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS)?
[] Nein [] Ja / Bereits diagnostiziert

6. Sensorische Empfindlichkeit & Verhalten

- Reagiert das Kind empfindlich oder schmerzhaft auf laute/unerwartete Geräusche?
* z. B. Staubsauger, Sirenen, Klatschen, laute Musik
[] Nein [] Ja, hält sich oft die Ohren zu
- Wie leicht lässt sich das Kind durch visuelle oder akustische Reize ablenken?
[] Sehr leicht (bemerkt jede Fliege an der Wand / jedes Flüstern) [] Normal
- Wie verhält sich das Kind in Gruppensituationen (Stuhlkreis, Gruppenarbeit)?
[] Integriert/Aktiv [] Zieht sich zurück [] Wird unruhig/KlassencLOWN

7. Familiäre Veranlagung & Begleitdiagnosen

- Gibt es in der Familie Fälle von AVWS, LRS oder ADS/ADHS?
[] Nein [] Ja, und zwar: _____
- Gibt es bereits andere bestätigte Diagnosen für das Kind?
[] ADS / ADHS [] Wahrnehmungsstörung (Visuell/Sensorisch) [] Sprachentwicklungsstörung