

Naam van het kind: _____ Datum: _____

Thuisomgeving:

- Is de woonsituatie van het kind te typeren als relatief stil of eerder lawaaiig (door een straat, luchtverkeer, trein of iets anders)?
- Is de woonsituatie van het kind eerder rustig of onrustig (bijvoorbeeld door broers en zussen, de werkplek van de ouders is aan huis of iets anders)?
- Is er nog iets te benoemen m.b.t. de woonomgeving van het kind dat belangrijk is?

Spreeken / lezen / schrijven:
Heeft één van de volgende punten betrekking op uw kind?

- Late spraakverwerving _____
- Vertraagde spraakverwerving _____
- Onduidelijke uitspraak _____
- Te zachte stem _____
- Te harde / luide stem _____
- Moeilijkheden met het na spreken van woorden _____
- Veel spelfouten _____
- Verwisselen van gelijk klinkende woorden / letters _____

Horen:
Heeft één van de volgende punten betrekking op uw kind?:

- Schijnt niet goed te horen (het kind vraagt om de zin nog een keer te herhalen) _____
- Overgevoelig voor geluiden (het kind wordt bijvoorbeeld snel door geluiden afgeleid) _____
- Bijzonder scherp gehoor (het kind hoort bijvoorbeeld een speld vallen) _____
- Begrijpt, in een luidruchtige omgeving of als er meerdere mensen spreken, het gehoorde niet (goed) _____
- Herkent de richting niet waar het geluid vandaan komt _____

Concentratie
In hoeverre zijn de volgende punten van toepassing op uw kind?: (0 = helemaal niet tot 10 = zeer sterk)

- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| - Concentratieproblemen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Dromerig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Nerveus | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Zeer actief tot hyperactief | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Toenemende vermoeidheid in de loop van de ochtend | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - Afgeleid door geluiden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Medicijnen:**Gebruikt uw kind op dit moment medicijnen?**

- Vermeld ook de medicijnen die uw kind inneemt die niets met de oren te maken hebben.

- Is uw kind de afgelopen 1 - 8 weken ingeënt?

Ziektes:**Vermeldt alle ziektes die uw kind in de afgelopen 6 maanden gehad heeft en / of op dit moment nog heeft.**

- Acute ziektes die direct van invloed zijn op het horen (zoals verkoudheid, loopneus, middenoorontsteking, bijholte ontsteking)

- Acute ziektes die niet in verband lijken te staan met het gehoor

- Chronische ziektes (waaronder ook allergieën en hooikoorts)

Middenoor:

- Heeft uw kind (al vaker) middenoorontstekingen gehad? Wanneer en hoe vaak?

- Heeft uw kind (al vaker) vloeistofophoping in het middenoor (OME) gehad? Wanneer en hoe vaak?

- Heeft het kind nu buisjes in de oren? Was dat in het verleden het geval? Op welke leeftijd?

- Zijn er ooroperaties of operaties in het buurt van het oor geweest? Zo ja, waar voor?

Welzijn:

Hoe is de emotionele toestand van uw kind? Bijvoorbeeld geprikkeld, apathisch, verdrietig, rusteloos, agressief, teruggetrokken...

Bespeelt uw kind een instrument? Zo ja, welke?