

Naam van het kind: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Thuisomgeving:**

- Is de woonsituatie van het kind te typeren als relatief stil of eerder lawaaig (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?

**Spreken / 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)

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

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

· Vermeldt 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?