



Ergebnisse der Überprüfung der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung des BFZs

Name der BFZ-Lehrkraft	
-------------------------------	--

Name, Vorname		Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Testdatum	
Geburtsort/-land		Testalter	
Staatsangehörigkeit		Familiensprache	
Schulpflichtig seit		Deutsch seit	
Name der Mutter			
Name des Vaters			
Anschrift			
Telefonnummer			

Funktion	durchgeführte Untersuchungsverfahren	unauffällig	auffällig
AVWS- Anamnesebogen	o ausgefüllt von der Lehrkraft o ausgefüllt von den Eltern		
auditives Gedächtnis	o Hörgedächtnisspanne für Zahlen		
Synthese	o Laute verbinden		
ggf. Richtungshören			
ggf. Rhythm. Differenzierung	o Rhythmen erkennen, nachklatzen		
Kognition (falls vorhanden)	o Test:		
Verhaltensbeobachtung			
Sonstiges (z.B. bisherige Hörüberprüfungen wie Tonaudiometrie)			
Bemerkungen			

Datum, Ort

Unterschrift der BFZ-Lehrkraft

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass zwischen den beauftragten Lehrkräften des BFZs und den beauftragten Lehrkräften der Astrid-Lindgren-Schule Informationen und Untersuchungsergebnisse ausgetauscht werden dürfen.

Datum, Ort

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten