





ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**Hörhilfen derzeit genutzt** ..... rechts  links  beidseits  nein

*Wenn ja, wo und wie lange:*

zu Hause/privat ja , \_\_\_\_\_ Stunden/Tag nein , weil: .....

Werkstatt/Arbeit/Schule ja , \_\_\_\_\_ Stunden/Tag nein , weil: .....

**Ohr-Operationen** ..... ja  nein

*Wenn ja:*

..... rechts  links  beidseits  .im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... rechts  links  beidseits  .im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... rechts  links  beidseits  .im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... rechts  links  beidseits  .im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

**weitere Operationen** ..... ja  nein

*Wenn ja:*

..... ..im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

..... im Jahr \_\_\_\_\_  
      J J J J

**Medikamenteneinnahme** ..... ja  nein

*Wenn ja:*

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**weitere Erkrankungen**

- |  |   |
|--|---|
| Diabetes mellitus ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Krankheiten der Wirbelsäule ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   |
| Bluthochdruck ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Krankheiten der Muskeln ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>       |
| ischämische Herzerkrankungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Krankheiten der Weichteilgewebe ... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| andere Herzerkrankungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Osteopathien/Chondropathien ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   |
| Atherosklerose ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | zerebrovaskuläre Erkrankungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsstörungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Adipositas ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                    |
| arterielle Embolien/Thrombosen .. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Fettstoffwechselstörungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| Down Syndrom ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Gicht ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                         |
| Alport-/Waardenburg-/Alström-/Usher-/Pendred-/Cogan-I- oder Refsum-Syndrom ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Fehlbildungen Muskel-/Skelettsyst. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Fehlbildungen Ohren/Kopf/Hals ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Augen..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | wenn ja, welche: .....  |
| Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten .... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Otitis externa/Gehörgangsekzem .... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Krankheiten des Mittelohrs ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Otosklerose ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                   |
| Menière-Krankheit ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | Erkrankungen des Innenohres ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   |
| Tinnitus ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | akustische Halluzinationen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>    |
| familiäre Schwerhörigkeit ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | systemische Autoimmunerkrankg. .. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   |
| weitere Erkrankungen des Ohres ... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | wenn ja, welche: .....  |
| psychische Erkrankungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | wenn ja, welche: .....  |
| sonstige Erkrankungen ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | wenn ja, welche: .....  |



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

## Anamnese, Befragung von Kontaktpersonen

befragt wurde: Verwandte  Betreuer:in (Heim/Werkst.)  Arzt/Ärztin  Betreuer:in (gesetzl.) 

### Befragung von Angehörigen, Kontaktpersonen bzw. Betreuer:innen einer am Hörscreening teilnehmenden Person mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufiger als andere Menschen Hörstörungen. Oft sind diese Hörstörungen nicht bekannt oder nicht ausreichend behandelt.

Wir möchten Sie zu dem Kommunikationsverhalten von **(Name)**, nachfolgend nur noch mit „**(Name)**“ bezeichnet, befragen, das auch etwas mit dem Hörvermögen zu tun haben könnte.

Wenn eine Hörstörung bereits bekannt ist, könnte es sein, dass **(Name)** bereits deswegen operiert wurde oder eine oder mehrere Hörhilfe(n) verordnet bekommen hat (z. B. Hörgeräte, Cochlea-Implantate oder andere Hörimplantate, drahtlose akustische Übertragungsanlagen). Dann werden wir Sie nach dem Nutzungsverhalten dieser Hörhilfen durch **(Name)** fragen. Außerdem werden wir Sie gleich fragen, wie **(Name)** das eigene Hörvermögen einschätzt.

0. Was glauben Sie, wie sicher wird **(Name)** angeben können, ob er/sie gut hören kann?

sehr sicher  sicher  unsicher  gar nicht 

1. Wie schätzen Sie selbst das Hörvermögen von **(Name)** ein?

sehr gut  gut  nicht so gut  schlecht 

*Zur Erläuterung:* Menschen mit einem Hörverlust haben häufig Schwierigkeiten beim Sprachverstehen, insbesondere wenn eine geistige Behinderung mit den ihr eigenen Kommunikationsschwierigkeiten hinzukommt. Besonders in geräuschvoller Umgebung verstehen sie Sprache schlechter als Hörgesunde, missverstehen häufig, fragen nach bei Aufgaben oder Fragen, orientieren sich an dem, was die anderen tun.

Sie können sich aber auch zurückziehen, Gruppen meiden, ein Nicht- oder Fehlverstehen ihrer Umgebung durch eigenes Sprechen kaschieren oder mit scheinbar unangemessenem oder unruhigem Verhalten beantworten. Möglich ist auch, dass sie niedergeschlagen erscheinen und sozial isoliert sind. Dabei muss beachtet werden, dass eine geistige Behinderung ebenfalls zu auffälligem Verhalten führen kann. Für uns ist es jedoch wichtig zu wissen, ob Sie es für möglich halten, dass dieses Verhalten auch durch ein Hörproblem bedingt sein kann.



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Einschätzung zu den folgenden Situationen, wenn Sie dabei an das Hörvermögen von (Name) denken?**

2. (Name) kann Unterhaltungen in ruhiger Umgebung gut folgen.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

3. (Name) versteht Gespräche gut in geräuschvoller Umgebung, z.B. in Gruppen oder halligen Räumen.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

4. (Name) kommuniziert zu ..... % lautsprachlich und zu ..... % nicht-lautsprachlich.

5. Bei lautsprachlicher Kommunikation: Das Sprechen von (Name) ist gut zu verstehen.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

6. Bei nicht-lautsprachlicher Kommunikation: Wie kommuniziert (Name) mit Ihnen?

(Bsp: Wie teilt (Name) mit, dass er/sie etwas haben möchte?)

durch Zeigen       durch Gesten/Gebärden       durch Lautieren

anderes .....

7. (Name) ist meist ausgeglichen (nicht unruhig, nicht aggressiv ...).

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

8. (Name) ist meist glücklich und gut gelaunt.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

9. Wenn keine Hörstörung bekannt ist:	9. Bei bekannter Hörstörung:
Wenn Sie vermuten, dass (Name) eine Hörstörung haben könnte, woran machen Sie das fest? (Oder, wenn Frage 1 mit „sehr gut“ oder „gut“ beantwortet wird:) Haben Sie schon einmal die im Folgenden genannten Verhaltensweisen bei (Name) beobachtet?	Wenn Sie vermuten, dass die Behandlung der bei (Name) bekannten Hörstörung nicht ausreichend sein könnte, woran machen Sie das fest? Gemeint sind nur die Situationen, in denen er/sie die Hörhilfen benutzt (z.B. Hörgeräte, Cochlea- oder andere Hörimplantate, drahtlose Signalübertragungsanlage).

a) (Name) scheint häufig etwas nicht zu verstehen, fragt nach, ist unaufmerksam, Missverständnisse treten auf.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

b) (Name) zieht sich manchmal zurück, meidet Gruppen und geräuschvolle Umgebung.

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

c) (Name) wirkt oft angespannt, nervös, belastet, zeigt auffälliges Verhalten (z. B. auch selbstaggressiv).

trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

d) andere Anzeichen (welche?) .....

.....



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**Nun benötigen wir noch eine Einschätzung zum Nutzungs- bzw. Trageverhalten der vorhandenen Hörhilfen durch (Name).**

10. Wie viele Stunden werden die Hörhilfen von (Name) täglich getragen?

- ständig  (d.h. täglich über mind. 8-10 Stunden), ca. .... Stunden
- manchmal  (d.h. täglich weniger als 8-10 Stunden), ca. .... Stunden
- selten  (d.h. in bestimmten Situationen oder an wenigen Tagen pro Woche über wenige Stunden)
- nie  (d.h. die Geräte werden nicht (mehr) getragen)

Warum nicht? .....

11. Wann wird die Hörhilfe getragen? nur in der Schule/auf der Arbeit/im Kindergarten   
in der Schule/auf der Arbeit/im Kindergarten und mehrere Stunden zu Hause   
nur zu Hause   
den ganzen Tag (Wachzeit)

12. (Name) trägt die Hörhilfe gern.

- trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

13. (Name) geht selbstständig mit den Hörhilfen um (d.h. selbstständiges Anlegen/Ablegen, ggf. Batteriewechsel, Trocknung nachts)

- trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

14. (Name) meldet sich, wenn die Hörhilfe nicht funktioniert (z.B. Batterie leer, Gerät defekt, schlechter Sitz der Ohrpasstücke).

- trifft voll zu       trifft etwas zu       trifft kaum zu       trifft gar nicht zu

15. Gab es in der Vergangenheit Defekte an dem Gerät durch z.B. mutwillige/fahrlässige Beschädigung oder einen Geräteverlust, z.B. durch Wegwerfen oder Verlieren?

Wenn ja, welche? .....

**Befragung von am Hörscreening teilnehmenden Person mit geistiger Behinderung**

<p>„Wie schätzt Du Dein Gehör ein?“</p> <p><b>Leichte Sprache:</b> „Wie gut ist Dein Hören?“</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <b>super</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">   <b>ok</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">   <b>geht so</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">   <b>schlecht</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div>
--	---

**Einschätzung der Zuverlässigkeit des Selbstberichts durch Screener:in**

- sehr zuverlässig       recht zuverlässig       eher nicht zuverlässig       gar nicht zuverlässig



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**2 Otoskopie**

**nicht durchführbar wegen:**

fehlender Mitarbeit  anderer Gründe .....

**Befund Otoskopie:**

(+ = ja, - = nein)

<b>Erste Ohrinspektion</b>	<b>Zweite Ohrinspektion/Kontrolle</b>							
	<b>Unters.</b>		<b>Unters.</b>		<b>Arzt (telemed.)</b>		<b>Arzt (vor Ort)</b>	
	<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>
Gehörgang (GG) frei (F)								
Trommelfell (TF) regelrecht, Mittelohr belüftet								
GG teilweise durch Cerumen blockiert (TB)								
GG komplett durch Cerumen blockiert (B)								
Gehörgangstenose/-atresie								
Gehörgangekzem								
Trommelfell matt, V.a. Paukenerguss								
Trommelfell retrahiert								
Trommelfell perforiert								
Mittelohrsekretion								
Z.n. Paracentese/Paukenröhrchen, funktionell bedeutungslose TF-Narben								
Retrahierte TF-Narben, Adhäsivprozess, Tympanosklerose								
Z.n. Ohr-OP mit Radikalhöhle								
Z.n. anderer Ohr-OP, ggf. mit retroauriculären oder Tragus-Narben								
Sonstiges:								

ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**3 Screening-Tonschwellenaudiometrie/MAGIC-Screening**

nicht durchführbar wegen:

fehlender Mitarbeit  unsicherer Angaben  lauter Umgebung

anderer Gründe .....

Screening-Tonschwellenaudiometrie: ..... Luftleitung  Knochenleitung

Screening-Magic: ..... Luftleitung  Knochenleitung

Umgebungs lautstärke während des Screenings ..... dB

*rechts*

125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz

0									
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									

*links*

125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz

0									
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									

**Befund Tonschwellenaudiometrie/MAGIC-Screening:**

	Frequenz (Hz)						
(dB)	250	500	1000	2000	4000	6000	8000
<b>Luftleitung</b>							
<i>rechts</i>	dB	dB	dB	dB	dB	dB	dB
<i>links</i>	dB	dB	dB	dB	dB	dB	dB
<b>Knochenleitung</b>							
<i>rechts</i>	dB	dB	dB	dB	dB	dB	
<i>links</i>	dB	dB	dB	dB	dB	dB	



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

### 4 Otoakustische Emissionen

**nicht durchführbar wegen:**

fehlender Mitarbeit  schlechten Sondensitzes  lauter Umgebung

anderer Gründe .....

**Befund transitorisch evozierte otoakustische Emissionen (TEOAE):**

*rechts* positiv  negativ  n/a

*links* positiv  negativ  n/a

**Befund Distorsionsprodukte otoakustischer Emissionen (DPOAE):**

	Frequenz (Hz)				
<b>+</b> = positiv <b>-</b> = negativ	1000	2000	4000	6000	8000
<i>rechts</i>					
<i>links</i>					

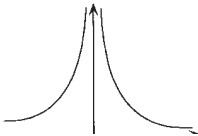
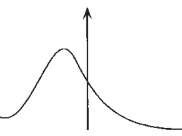
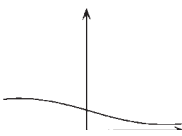
### 5 Tympanometrie

**nicht durchführbar wegen:**

fehlender Mitarbeit  schlechten Sondensitzes

anderer Gründe .....

**Befund Tympanometrie:**

	nicht abdichtbar	normalgipflig	Unterdruck (<200 dPA)	flach
				
<i>rechts</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>links</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ID Teilnehmer:in \_\_\_\_\_

**Ergebnis Screening 1:**

Normales Hörvermögen ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. Schallleitungshörstörung ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. Schallempfindungsstörung ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. auditorische Neuropathie-Spektrum-Störung ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. neurale/zentrale Hörstörung ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. kombinierte Schallleitungs-/Schallempfindungsstörung ..... rechts  links  beidseits  n/a

V.a. nicht näher bezeichnete Hörstörung ..... rechts  links  beidseits  n/a

unklares Hörvermögen ..... rechts  links  beidseits  n/a

Supervision durch Studienarzt:ärztin erfolgt ..... ja , am \_\_\_\_\_ nein   
TT MM JJJJ

weitere diagnostische Abklärung notwendig ..... ja  nein

**Wenn ja:**

Diagnostik im HörGeist-Programm (Lebensumfeld der Teilnehmerin/des Teilnehmers) ..... ja  nein

**nicht durch HörGeist-Programm, wegen**

fehlender Compliance  notwendiger Operation  Untersuchung in Narkose

auf Wunsch durch behandelnden Arzt

sonstiger Gründe .....

**verwiesen an externe Institution:**

HNO-Praxis  HNO-Klinik  phon.-pädaudiologische Praxis  phon.-pädaudiologische Klinik

**empfohlenes Procedere:**

.....  
 .....

**Alle Angaben zum Screening 1 sind vollständig und korrekt.**

Datum TT MM JJJJ \_\_\_\_\_ Unterschrift Untersucher:in .....

Datum TT MM JJJJ \_\_\_\_\_ Unterschrift Studienarzt:ärztin .....