

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich um eine Untersuchung im SPZ Hören, Sprache, Stimme und Schlucken / Klinik für Audiologie und Phoniatrie bemüht. Wir danken für Ihr Vertrauen und freuen uns, Sie behandeln zu dürfen. Um den Zeitpunkt und die Dauer der Untersuchung im Interesse Aller möglichst gut bestimmen zu können, bitten wir Sie, diesen und den beiliegenden Fragebogen möglichst sorgfältig auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für uns sehr hilfreich, um Ihnen möglicherweise auch kurzfristig einen Termin zu übermitteln. Ohne die an uns zurückgeschickten Fragebögen können wir Ihnen leider keinen Untersuchungstermin nennen.

In unserem Fachgebiet besteht teilweise sehr großer diagnostischer Aufwand. Planen Sie bitte für den Untersuchungstag einige Stunden Zeit für Untersuchungen und Beratung in unserer Klinik ein!

Da sich in unserer Ambulanz außerdem täglich sehr viele Patienten anmelden, ist eine Wartezeit auf den Untersuchungstermin von mehreren Monaten meistens nicht zu umgehen. Umso wichtiger sind Ihre Angaben auf den Fragebögen, um die krankheits- oder störungsabhängige Dringlichkeit beurteilen zu können. Bitte lassen Sie den Bogen auf Seite 3 von Ihrem Kinderarzt ausfüllen und unterschreiben. Die umseitig genannten niedergelassenen Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie werden Ihnen ggf. auch weiterhelfen können.

Vielen Dank für Ihre Hilfe

## Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Personenstand: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Hauptversicherten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Anschrift mit Telefon-Nr. (falls nicht gleiche Anschrift wie oben): \_\_\_\_\_

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 01.03.2018	Erstellt: Ko Geprüft: Ko
Seite 1 von 4	Freigabe am: 01.03.2018	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Freigegeben: Ko

# Fragebogen für Terminvergabe und Behandlungsplanung im SPZ Hör- und Sprachstörungen

(Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1) Welche der genannten Beschwerden / Störungen steht im Vordergrund oder werden vermutet?

## Stimmstörung

- Stimmstörung seit Geburt
- Stimmstörung seit dem Kindesalter
- Andere Stimmstörung:

## Sprach- und Sprechstörung

- Ausbleibende oder verzögerte Sprachentwicklung bei Kindern
- Störung des Redeflusses (z. B. Stottern oder Poltern)
- Störung der Artikulation
- Näseln (z. B. bei/nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
- Andere Sprach- oder Sprechstörung:

## Hörstörung

- Verdacht auf gravierende Hörstörung im Kindesalter
- Akute Hörverschlechterung
- Schon länger bestehende Hörstörung
- Ohrgeräusch
- Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung / Lese-Rechtschreibstörung  
In welcher Klasse ist Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_
- Andere Hörstörung:

## Sonstige Erkrankungen

- Ess-, Kau- oder Schluckstörung
- Autismus
- Andere Beschwerden:

2) Seit wann besteht oder vermuten Sie o. g. Erkrankung?

3) Ist deswegen bisher eine Untersuchung/Behandlung bereits vorgenommen worden?

- Nein  Ja

4) Wenn die 3. Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, wo und wann ist die Untersuchung/ Behandlung vorgenommen worden? \_\_\_\_\_

5) Haben sich die Beschwerden seither verändert?

- Beschwerden haben zugenommen
- Beschwerden sind gleich geblieben
- Beschwerden sind geringer geworden

6) Tragen Sie Hörgeräte?

- Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

7) Welche anderen schwerwiegenden Erkrankungen bestehen zusätzlich (z. B. Intelligenzminderung, Lernbehinderung, Aufmerksamkeitsdefizit)? \_\_\_\_\_

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 15.05.2017	Erstellt: Ko
Seite 2 von 4	Freigabe am: 15.05.2017	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Geprüft: Ko Freigegeben: Ko

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist eine Vorstellung im SPZ Hören, Sprache, Stimme, Schlucken aus Ihrer Sicht notwendig?

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

---

## Niedergelassene Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie in Berlin

Name	Anschrift	Telefon
Dipl.-Med. Peter Fehland	Reichenberger Straße 3 13055 Berlin-Hohenschönhausen	9 71 52 09
Prof. Dr. O. König	Weinbergsweg 1 10119 Berlin-Mitte	4 49 03 30
Dr. med. Kathrin Mahlstedt / Dr. med. K. Nubel	Reichsstraße 108 14052 Berlin-Charlottenburg	3 05 70 23
Dr. med. Cornelia Mühler	Fröbelstraße 15 10405 Berlin-Prenzlauer Berg	49 85 51 55
Dr. med. W. Renner	Tempelhofer Damm 139 12099 Berlin-Tempelhof	751 40 64
Dr. med. G. Wohlt	Fasanenstraße 70 10719 Berlin-Charlottenburg	31 50 76 55
Prof. Dr. Saskia Rohrbach	Potsdamer Chaussee 80 14129 Berlin / Rheinsteinstraße 1 10318 Berlin	322 940 90/  50 90 40 6

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 15.05.2017	Erstellt: Ko
Seite 3 von 4	Freigabe am: 15.05.2017	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Geprüft: Ko Freigegeben: Ko