**Checkliste zur Verhaltensbeobachtung bei Vermutung auf AVWS**

**(Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung)**

**Kind:**

Vorname:       Zuname:

*(alle Vornamen sind anzugeben)*

Vers.Nr./Geb.:       /      Staatsbürgerschaft:

**Mutter/Vater:**

Vorname:       Zuname:

Vers.Nr./Geb.:       /

Adresse:       PLZ/Ort:

Tel.:       E-Mail:

Derzeit besucht das Kind die/den Schule/Kindergarten:       Klasse:

Fachperson (Pädagogik, Therapie, Psychologie, Medizin):

Tel. der Fachperson:

**Bitte ankreuzen bzw. erweitern:**

Sprachentwicklungsverzögerung

Sprachförderung / Therapie

Lese- und/oder Rechtschreibschwäche

Rechenschwäche

allgemeiner Entwicklungsrückstand

zusätzliche Diagnosen (z. B. ADHS, ADS, Autismus, …)

SPF (Sonderpädagogischer Förderbedarf)

eFB (erhöhter Förderbedarf)

andere Auffälligkeiten/Schwierigkeiten, wie

Es wurde ein Hörtest gemacht. Wann?       HNO-Arzt:

Es wurden schon andere Tests gemacht? Welche?

bei Mehrsprachigkeit: Bestehen auch Probleme in der Muttersprache? Wenn ja, welche?

**Kind** Vorname:       Zuname:       geb. am:

**Kinder mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen können im Schulalltag durch verschiedene Verhaltensweisen auffallen. Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, die Sie beobachten.**

Fachperson:

Mutter/Vater:

andauernd übermäßiges leises Sprechen

andauernd übermäßiges lautes Sprechen

lärmempfindlich

andauernd auffällig monotones Sprechen

langes Andauern gewisser Sprechfehler (besonders f, s, sch)

allgemeine Verhaltensunsicherheiten, wie

schaut oft, was die anderen machen

viele Rückfragen, Vergewisserungsfragen

häufiges unbegründetes Erschrecken (z.B. wenn jemand von hinten an das Kind herantritt)

reagiert schlechter in lauten oder halligen Räumen

häufig inhaltlich von der Frage abweichende Antworten

inhaltlich von der Aufforderung abweichende Leistungen, Handlungen, Tätigkeiten

Verwechseln ähnlich klingender Wörter: Fisch – Tisch, Kopf – Topf

besseres Aufgabenverständnis in Einzel- oder Kleingruppensituationen

auffälliges Interesse an Mundbewegungen und Mimik

Reklamieren, wenn zu leise gesprochen wird

Orientierungslosigkeit bei Ansprache

langsames, unkonzentriertes Arbeitsverhalten

durch andere Reize (visuell oder auditiv) schnell ablenkbar

rasche Ermüdung

kein oder nur kurzzeitiges Interesse an Geschichten

deutlich eingeschränkte auditive Merkfähigkeit (Abzählreime, Liedtexte, …)

**Ergänzende Bemerkungen:**

**Hinweis:**

Auf dieser AVWS-Checkliste befinden sich dem Datenschutz unterliegende Daten. Mit dem Ausfüllen erklären Sie sich einverstanden, dass die Daten nach rechtlichen Grundlagen verarbeitet werden.

Für weitere Informationen können Sie sich gerne an [datenschutz@lzh.at](mailto:datenschutz@lzh.at) oder telefonisch an 05572/25733 wenden.

**Informationen bzgl. der AVWS Abklärung werden an die Schule/den Kindergarten weitergegeben!**

**Für die IQ-Abklärung im Rahmen der AVWS-Diagnostik wird nur der sprachfreie Teil getestet. Das Ergebnis dieses Tests ersetzt keinen umfangreichen IQ-Test für einen SPF-Antrag.**

Datum:

Unterschrift Unterschrift

Erziehungsberechtigte\*r Fachperson (Pädagogik, Therapie, Psychologie, Medizin)

**Für die Anmeldung bitte die vollständig ausgefüllte Checkliste übermitteln an:**

**Postadresse:** Landeszentrum für Hörgeschädigte, Feldgasse 24, 6850 Dornbirn | **Email:** [verwaltung@lzh.at](mailto:verwaltung@lzh.at)