

Anfrage an die Hörfrühförderung des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte Hildesheim

Wir möchten Sie möglichst schnell beraten und unterstützen. Dazu haben wir dieses Formular entwickelt. Bitte füllen Sie es aus und schicken es uns. Sollten Sie eine Diagnose von einem Arzt haben, schicken Sie sie ebenfalls per Mail, per Fax oder per Post. Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Ihre Anfrage bearbeiten.

Mit * Sternchen gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder. Die unbedingt ausgefüllt werden müssen.

Vielen Dank!

[Link zur Homepage](#)

Wer fragt an? (Z.B. Eltern)*

Email-Adresse* / Telefon*

Kurze Schilderung der Problemsituation in Bezug auf das Hören*

Daten des Kindes

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

weiblich männlich diverse

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl, Wohnort*

Telefon Eltern* (Festnetz / Mobil)

Das Kind wohnt bei*:

- beiden Eltern
 Mutter
 Vater
 Großeltern
 Pflegeeltern

sorgeberechtigt*:

- beide Eltern andere
 Mutter
 Vater
 Großeltern
 Pflegeeltern

Anfrage an die Hörfrühförderung des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte Hildesheim

Angaben zu den Eltern

Nachname der Mutter*

Vorname der Mutter*

Nachname des Vaters*

Vorname des Vaters*

Ärztliche Diagnose*

- leichtgradige Schwerhörigkeit 20 - 40 dB
- mittelgradige Schwerhörigkeit 40 - 60 dB
- hochgradige Schwerhörigkeit 60 - 90 dB
- an Taubheit grenzend 90 -100 dB
- gehörlos / taub ab 100 dB
- AVWS (auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung)
- sonstige

Betreuender HNO - Arzt / Pädaudiologe / Klinik

Bitte senden Sie dieses Formular per Mail, per Fax oder per Post an das:

Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte Hildesheim

Silberfundstraße 23, 31141 Hildesheim

Fax: 05121 801-180

Mail: poststelle@lbzh-hi.niedersachsen.de