

Datum der Anfrage:	
In Ihrer Anfrage geht es um ...	☐ einen Termin in der Pädagogischen Audiologie für eine Hörüberprüfung? ☐ einen Termin in der Pädagogischen Audiologie für eine AVWS-Überprüfung?
Ihr Name... Sie sind...	☐ Mutter des Kindes ☐ Vater des Kindes ☐ sonstige Personen sorgeberechtigte Person (welcher Art: _____)
Ihre Kontaktdaten...	☐ Telefon: ☐ Mail:
Adresse...	☐ Straße: ☐ Wohnort: ☐ PLZ: ☐ Landkreis:
Grund der Kontaktanfrage: (Wer hat Ihnen die Kontaktaufnahme empfohlen? Warum wurde Ihnen ein Termin bei uns empfohlen? Was ist Ihr Anliegen?)	
Gibt es schon Ansprechpersonen im LBZH OL?	☐ aus der Pädagogischen Audiologie: _____ ☐ aus der Hörfrühförderung: _____ ☐ aus dem Mobilen Dienst Hören: _____ ☐ andere: _____
Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	
In welcher Einrichtung wird Ihr Kind betreut? Name der Kita oder der Schule und Klasse	
Trägt Ihr Kind Hörhilfen?	☐ ja ☐ welche? _____ ☐ nein
Welcher Arzt oder Ärztin ist aus der HNO-Medizin oder Pädaudiologie zuständig?	
Welches Hörakustik-Fachgeschäft ist zuständig?	
Sonstiges:	