

## Anmeldung in der Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche

Bitte senden Sie die Anmeldung an den **Standort Ihrer Wahl**.

**Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche**

**Petersburger Str. 94**  
**10249 Berlin-Friedrichshain**  
Tel. 030 902982824  
Fax. 030902982060  
hoerberatung@ba-fk.berlin.de

**Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche**

**Paster-Behrens-Str. 81**  
**12359 Berlin-Neukölln**  
Tel. 030 60972500  
Fax. 030 60972501  
auris@ba-fk.berlin.de

### Angaben zum Kind:

Familienname:

Vorname:

geb. am:

Geschlecht: m  w  div

Straße, Hausnr.:

PLZ: Ort:

### Familienname, Vorname eines Elternteils:

Tel.:

E-Mail:

### Falls stationäre Unterbringung:

Name der Einrichtung:

Ansprechpartner/-in:

Tel.:

---

### Wer hat eine Untersuchung/Beratung in der Beratungsstelle empfohlen? .....

### Welche Untersuchung soll bei Ihrem Kind durchgeführt werden? (Bitte ankreuzen und ausfüllen)

**Neugeborenen-Hörscreening**       bisher nicht erfolgt       rechts auffällig       links auffällig

**Hörprüfung**

warum:

**AVWS-Diagnostik** (Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung)

Mein Kind besucht die \_\_\_\_ Klasse.

---