Checkliste zur Verhaltensbeobachtung bei Vermutung auf AVWS

(Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung) Stand: 07/2026

Daten des Kindes:

Vorname (*alle Vornamen*):	
Zuname:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Staatsbürgerschaft:	
Derzeitig besuchte/r Schule/Kindergarten:	
Klasse:	Schulstufe:

Daten der Mutter / des Vaters:

Vorname:	
Zuname:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Auf das Kind Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. erweitern:

☐ Sprachentwicklungsverzögerung
☐ Lese- und/oder Rechtschreibschwäche
☐ SPF (Sonderpädagogischer Förderbedarf)
☐ Allgemeiner Entwicklungsrückstand
☐ Sprachförderung/Therapie
☐ Rechenschwäche
☐ eFB (erhöhter Förderbedarf)

☐ Zusätzliche Diagnosen (z.B. ADHS, ADS; ASS,…): _____

☐ Es wurde ein Hörtest gemacht. Wann/HNO-Arzt: _____

☐ Es wurden schon andere Tests gemacht?
Wenn ja, welche? _____

☐ Bei Mehrsprachigkeit: Bestehen auch Probleme in der Muttersprache? Wenn ja, welche? _____

Daten der Fachperson: ☐ **Pädagogik** ☐ **Therapie** ☐ **Psychologie** ☐ **Medizin**

Vorname:		Zuname:	
Telefonnummer:		E-Mail:	

Kind Vorname:	Zuname:	Geb.:

Kinder mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen können zu Hause / im Schulalltag durch verschiedene Verhaltensweisen auffallen. Bitte kreuzen Sie die Punkte an, die zutreffen.

Mutter/Vater:	Fachperson:	
☐	☐	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)
☐	☐	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,…)

Können alle Laute der deutschen Sprache einzeln gebildet werden?
☐ Ja ☐ Nein (Falls nein, bitte Lauttabelle ausfüllen, zum Herunterladen auf: www.lzh.at/schule/avws)

Ergänzende Bemerkungen und/oder andere Auffälligkeiten/Schwierigkeiten:

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 oder telefonisch an 05572/25733 wenden.

Nach Abschluss der Diagnostik wird Ihnen ein Selbstbehalt in Rechnung gestellt. Infos unter: www.lzh.at/schule/avws

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
Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift
Fachperson (Pädagogik, Therapie, Psychologie, Medizin)

Für die Anmeldung bitte die vollständig ausgefüllte Checkliste übermitteln an:
Postadresse: Landeszentrum für Hörgeschädigte, Feldgasse 24, 6850 Dornbirn | **E-Mail**: verwaltung@lzh.at