Anlage 2: Ergänzungsblatt zur Verordnung

Patienten-ID:

Vor Verordnung

Geburtsjahr: ☐☐☐☐

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Untersuchungsdatum: ☐☐. ☐☐. ☐☐☐☐ (TT.MM.JJJJ)

Hörgerätee<u>erst</u>versorgung ☐ ja ☐ nicht bekannt ☐ nein

Wenn Vorvers. wann: ☐☐☐☐ (J); Bauform: ☐ IO ☐ HdO ☐ andere _____

Zentrale Hörstörung ausgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Sprachverstehen: mit Kopfhörer am dBopt von ____dB von_____% (E / Z)
bzw. von ____dB (SVS)

Sprachtestmaterial: ☐ Freiburger Einsilber ☐ Freiburger Zahlen
☐ OLSA ☐ GÖSA ☐ anderer: _____

Verordnung

Schallempfindungsschwerhörigkeit (H90.5) ☐ rechts ☐ links ☐ bds.

Schallleitungsschwerhörigkeit (H90.2) ☐ rechts ☐ links ☐ bds.

Kombinierte Schwerhörigkeit (H90.8) ☐ rechts ☐ links ☐ bds.

Hörstörung > 80dB nach WHO 2001 (tonaudiometrischer Mittelwert bei 0,5/ 1/ 2/ 4 kHz):
☐ rechts ☐ links ☐ bds.

Schweregrad der Hörstörung (Angabe fakultativ):

Rechts: ☐ normal ☐ geringgradig ☐ mittelgradig ☐ hochgradig
☐ Hörreste ☐ Taubheit

Links: ☐ normal ☐ geringgradig ☐ mittelgradig ☐ hochgradig
☐ Hörreste ☐ Taubheit

Sonstige versorgungsrelevante Diagnosen:

☐ Tinnitus ☐ Otitis externa ☐ Radikalhöhle ☐ andere _____

HNO-ärztlicher Vorschlag zur Gerätetechnik:

Luftleitung: ☐ HdO ☐ IO ☐ offene Versorgung ☐ geschlossene Versorgung ☐ Ex Hörer

Knochenleitung: ☐ Knochenleitungsbügel ☐ teilimplantiertes Knochenleitungsgerät

Sonderversorgung: ☐ CROS/BiCROS ☐ andere:_____

Nach Verordnung	Untersuchungsdatum: ☐☐. ☐☐. ☐☐☐☐ (TT.MM.JJJJ) Der Hörgeräteversorgungsvorschlag entspricht dem aufgestellten Versorgungskonzept ☐ ja ☐ nein Abweichung in: Luftleitung: ☐ HdO ☐ IO ☐ offene Versorgung ☐ geschlossene Versorgung ☐ Ex Hörer Knochenleitung: ☐ Knochenleitungsbügel ☐ teilimplantiertes Knochenleitungsgerät Sonderversorgung: ☐ CROS/BiCROS ☐ andere:_____ Erzieltes Sprachverstehen im Freifeld mit Hörgerät (en):_____% (E / Z); ____ dB (SVS) Binaural (bei ggf. einseitiger Normalhörigkeit ohne Vertäubung des normalhörigen Ohres) Keine FF-Untersuchung möglich: Hörweite (m) ohne HG ……m /mit HG ……m Nutzen (Verbesserung der Hörfähigkeit) mittels APHAB-Fragebogen (vor / nach HG-Versorgung): _____ % Versorgung erfolgte zum Festbetrag? ☐ ja ☐ nein