

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

HNO-ärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Formblatt II

gemäß OHRwell

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger einer Gerätes ja nein

te Korrektur der HG-Anpassung

Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen ?

Rechts

- normal operativ erweitert eng
 intakt perforiert Sekret

Ohr- / Ohrpaßstückbefund

Gehörgang

- normal operativ erweitert eng

Trommelfell

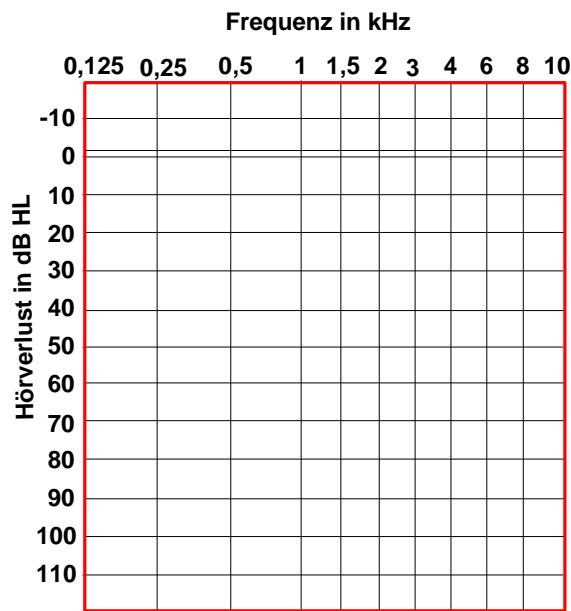
- intakt perforiert Sekret

Links

Ohrspasstück (incl. Schallschlauch, Cerumenfilter)

Besonderheiten

Tonaudiometrie

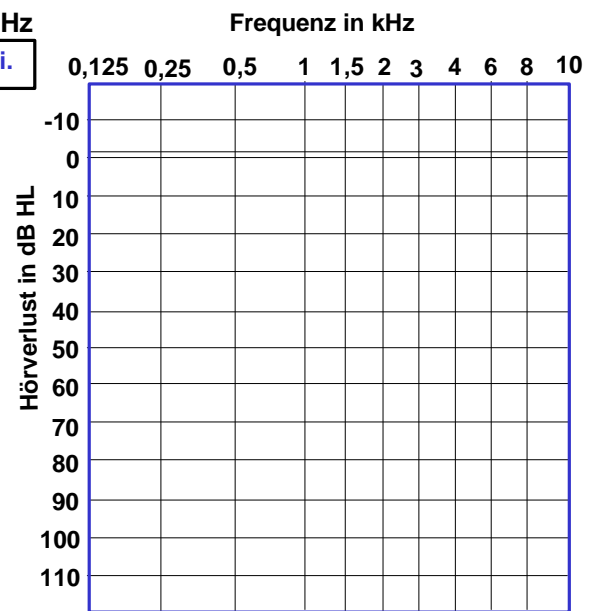


Weber bei 500 Hz

re. med. li.

Vertäubung

0
 10
 20
 30
 40
 50
 60
 70
 80
 90
 dB

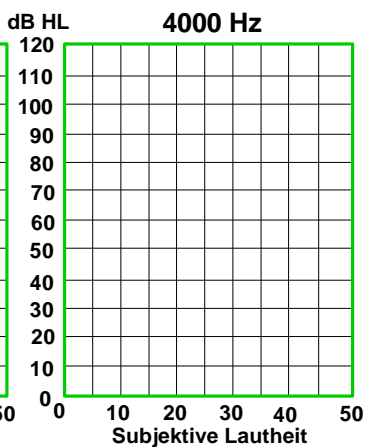
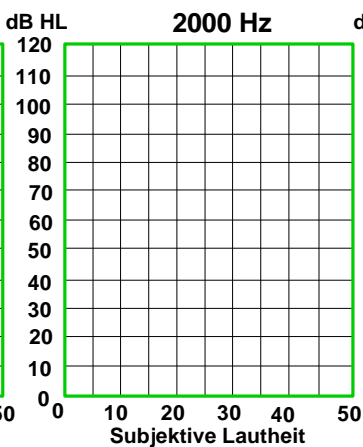
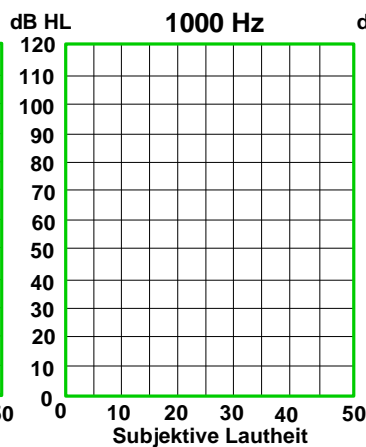
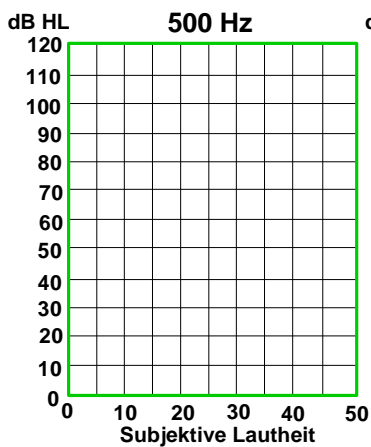


Rechts

Unbehaglichkeitsschwelle bitte links und rechts eintragen

Links

Lautheitsskalierung



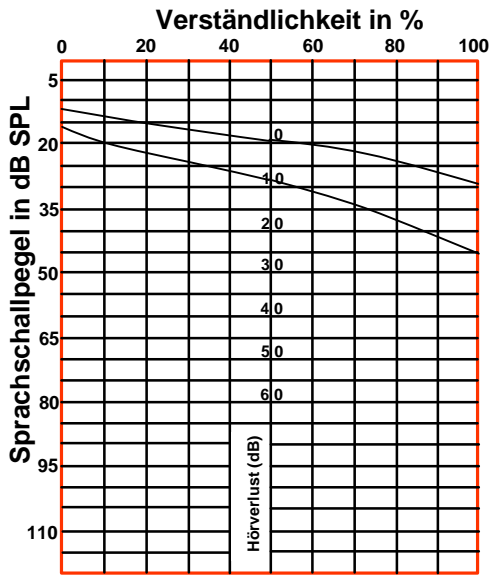
Würzburger Hörfeld

Oldenburger Hörfläche

HNOhörenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Formblatt II

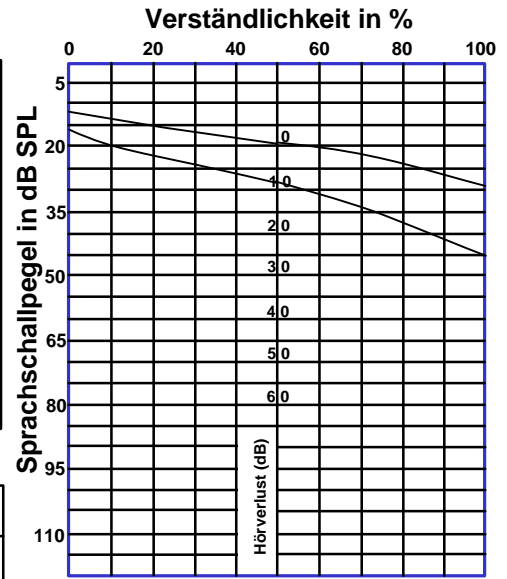
Sprachverstehen ohne Störschall



Rechts
Diskriminationsverlust in % : _____

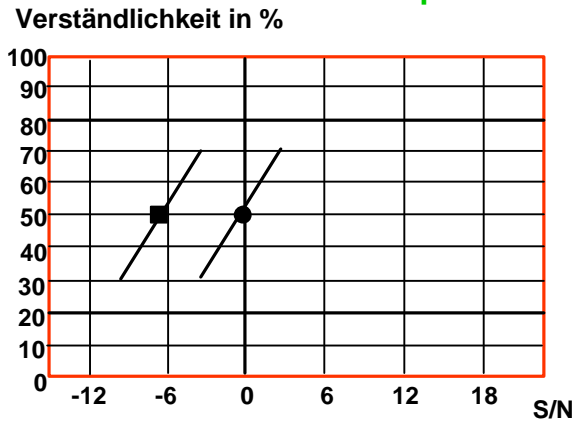
Impedanz

Rechts	Sondenoehr	Links
MO-Druck in mm H ₂ O		
dB HL	dB SL	Stapedius Reflex
0,5 kHz		
1 kHz		
2 kHz		
4 kHz		
Rechts		Links
Fl. Spr. (Zahlen)		
Um. Spr. (Zahlen)		

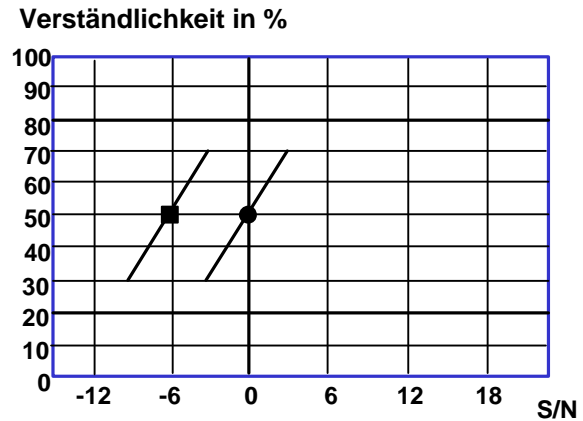


Links
Diskriminationsverlust in % : _____

Sprachverstehen im Störschall



Rechts
Störschallpegel : _____
S/N : _____



Links
 Dreinsilbertest : Einsilber Mehrsilber
 Oldenburger Satztest

Inventare (Fragebögen)

Oldenburger Inventar (siehe Anlage)

IOI-HA-AI (siehe Anlage)

	vor Vers.	nach Vers.
1. Sprachverstehen in Ruhe	_____ %	_____ %
2. Sprachverstehen im Störschall	_____ %	_____ %
3. Richtungshören	_____ %	_____ %
4. Tinnitus	_____ %	_____ %
5. Psycho-soziale Folgen	_____ %	_____ %

Oldenb. Inv. gesamt : _____ % _____ %

	vor Vers.	nach Vers.
	_____ %	_____ %
	_____ %	_____ %

IOI-HA-AI gesamt : _____ % _____ %

Beurteilung der Endabnahme: _____

Anpassung technisch und audiologisch zweckmäßig und ausreichend rechts
 links

Korrektur notwendig: rechts, Kritikpunkt: _____
 links, Kritikpunkt: _____

andere Behandlungserfordernisse _____

Datum _____ Unterschrift _____