

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten- Nr.

Arzt-Nr.

Datum

IK des Leistungserbringers

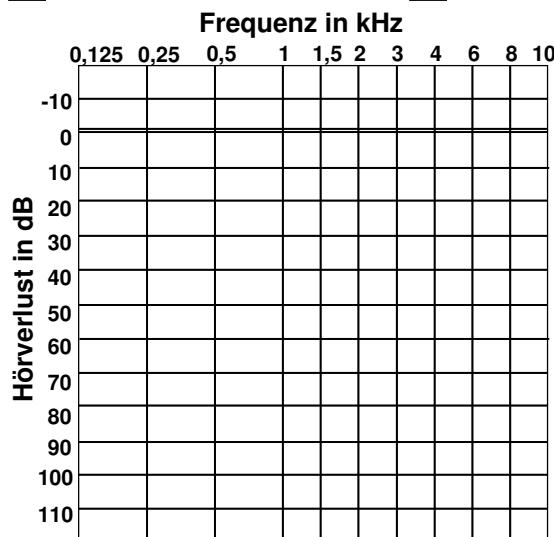
Rechnungsnummer

Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes? ja nein

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

- normal **Rechts** operat. erweitert eng
 intakt durchlöchert feucht



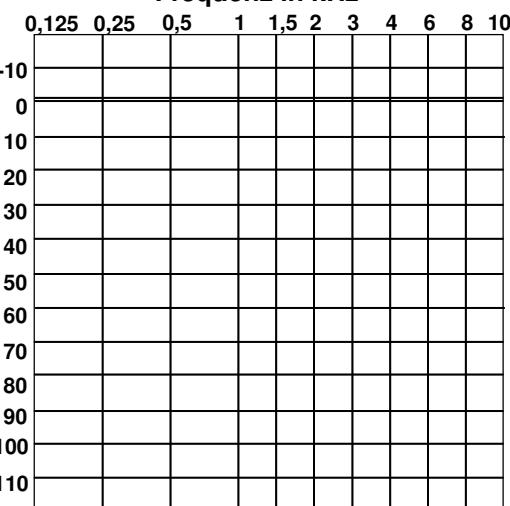
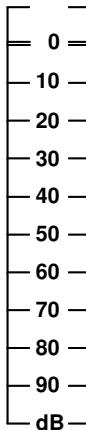
- Ohrbefund**
-Gehörgang-

- normal **Links** operat. erweitert eng
 intakt durchlöchert feucht

WEBER bei 500 Hz

re. med. li.

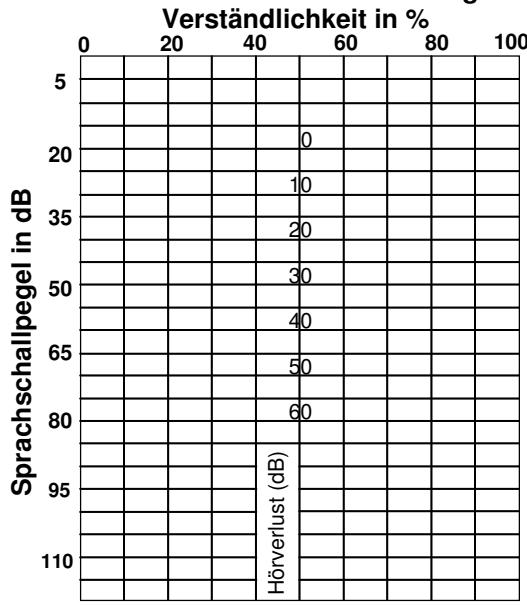
Geräusch



Rechts

Unbehaglichkeitsschwelle bitte links und rechts eintragen.

Links

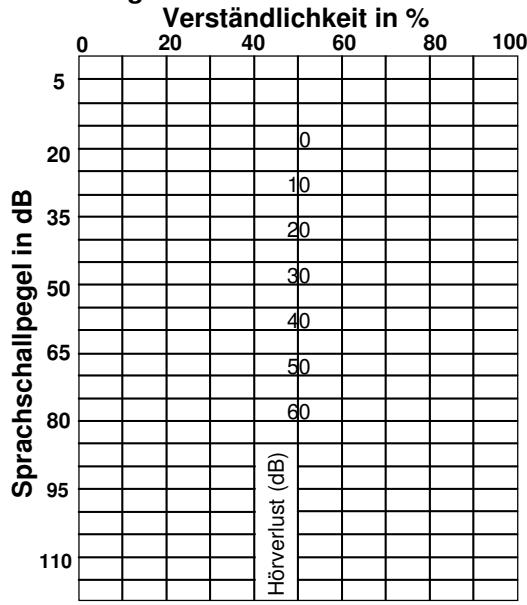


Diskriminationsverlust in % _____

Impedanz

Rechts		Sondenohr	Links	
		MO-Druck mm H ₂ O		
dB HL	dB SL	Stapedius Reflex	dB HL	dB SL
		0,5 kHz		
		1 kHz		
		2 kHz		
		4 kHz		

Rechts		Links	
		Fl. Spr. (Zahlen)	
		Um. Spr. (Zahlen)	



Diskriminationsverlust in % _____

Diagnose: _____

Hörhilfe ist notwendig: rechts links beiderseitsTinnitusmasker /
-instrument notwendig: rechts: _____ kHz verdeckbar dB _____ links: _____ kHz verdeckbar dB _____Die Schwerhörigkeit ist Folge von: Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen.

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 15.1/E (10.2014)

PRF-NR.