

Anlage 2: Ergänzungsblatt zur Verordnung

Patienten-ID:	
Facharzt: <input type="radio"/> Phoniatrie und Pädaudiologie <input type="radio"/> HNO-Heilkunde	
Vor Verordnung	Alter des Kindes: <input type="text"/> <input type="text"/> ; <input type="text"/> <input type="text"/> (JJ;MM)
	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/> unbestimmt
	Untersuchungsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TT.MM.JJJJ)
	Hörgeräte <u>er</u> stversorgung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nicht bekannt <input type="radio"/> nein
	Wenn Vorversorgung wann: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (J)
	Schallempfindungsschwerhörigkeit (H90.5) <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> bds.
	Schallleitungsschwerhörigkeit (H90.2) <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> bds.
	Kombinierte Schwerhörigkeit (H90.8) <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> bds.
	Schweregrad der Hörstörung
	Rechts: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> geringgradig <input type="radio"/> mittelgradig <input type="radio"/> hochgradig <input type="radio"/> Hörreste oder Taubheit
Links: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> geringgradig <input type="radio"/> mittelgradig <input type="radio"/> hochgradig <input type="radio"/> Hörreste oder Taubheit	
Sprachentwicklungsstörung: <input type="radio"/> liegt nicht vor <input type="radio"/> audiogen <input type="radio"/> andere Ursache <input type="radio"/> nicht beurteilbar	
Verordnung	Ärztlicher Vorschlag zur Gerätetechnik:
	Luftleitung: <input type="radio"/> HdO <input type="radio"/> CROS <input type="radio"/> BiCROS <input type="radio"/> Sonstiges (z.B. IO-Sonderanfertigung)
	Knochenleitung: <input type="radio"/> Kopfbügel/Stirnband <input type="radio"/> teilimplantiert

Untersuchungsdatum: . . (TT.MM.JJJJ)

Der Hörgeräteversorgungsvorschlag entspricht dem aufgestelltem Versorgungskonzept:

ja nein, Abweichung in:

Luftleitung: HdO CROS BiCROS sonstiges (z.B. IO-Sonderanfertigung)

Knochenleitung: Kopfbügel/Stirnband teilimplantiert

Hörgeräte-Versorgungserfolg ermittelbar:

mittels altersgerechter Sprachaudiometrie

mittels altersgerechter Testverfahren (z.B. Spielaudiometrie)

nicht ermittelbar

Versorgung erfolgte zuzahlungsfrei:

ja nein

Kooperation erfolgt mit:

Logopäde Pädagoge Betreuungseinrichtung