

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten- Nr.

Arzt-Nr.

Datum

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

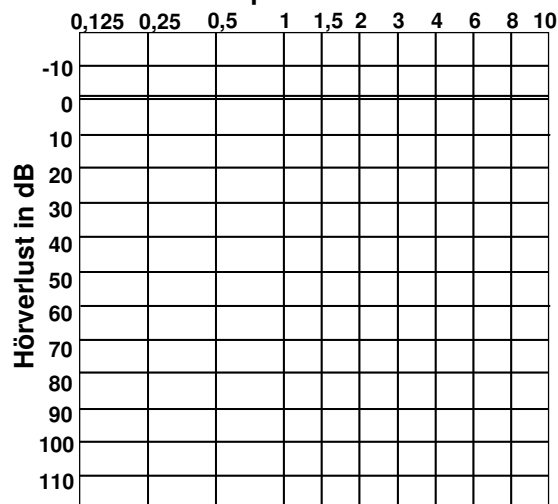
Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes? ☐ ja ☐ nein

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

☐ normal ☐ operat. erweitert ☐ eng☐ intakt ☐ durchlöchert ☐ feucht

Frequenz in kHz



Ohrbefund

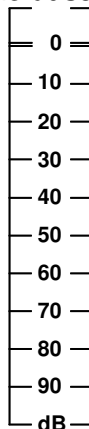
-Gehörgang-

-Trommelfell-

WEBER bei 500 Hz

re. med. li.

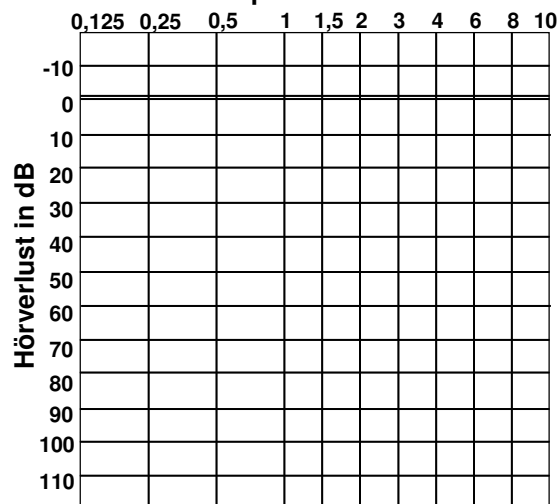
Geräusch



Links

☐ normal ☐ operat. erweitert ☐ eng☐ intakt ☐ durchlöchert ☐ feucht

Frequenz in kHz

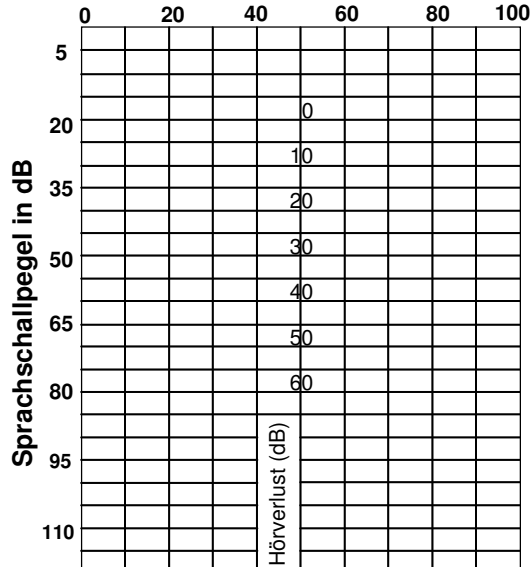


Rechts

Unbehaglichkeitsschwelle bitte links und rechts eintragen.

Links

Verständlichkeit in %



Diskriminationsverlust in %

Impedanz

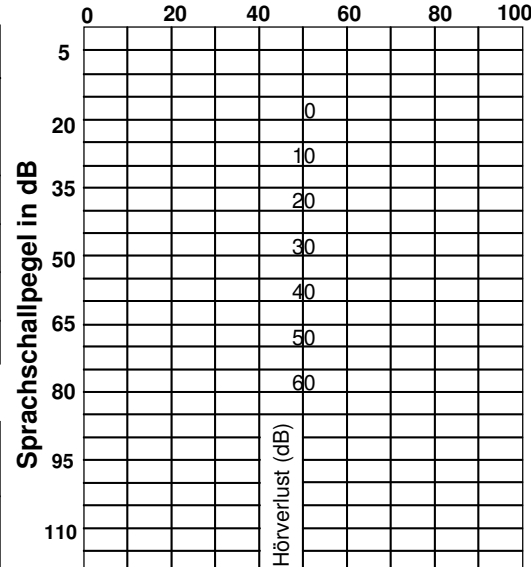
Rechts		Sondenohr	Links	
		MO-Druck mm H <sub>2</sub> O		
dB HL	dB SL	Stapedius Reflex	dB HL	dB SL
		0,5 kHz		
		1 kHz		
		2 kHz		
		4 kHz		

Rechts

Links

	Fl. Spr. (Zahlen)	
	Um. Spr. (Zahlen)	

Verständlichkeit in %



Diskriminationsverlust in %

Diagnose: \_\_\_\_\_

Hörhilfe ist notwendig: ☐ rechts ☐ links ☐ beiderseits

Tinnitusmasker /

-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.