

Hörgeräte - Anpassbericht

Name.....	Kostenträger.....
VSNR.....	VSNR Angehöriger.....

<input type="checkbox"/> Erstbezug		
<input type="checkbox"/> Folgeversorgung Vorbezug (M/J):.....	<input type="checkbox"/> mit ärztlicher Verordnung	<input type="checkbox"/> ohne ärztlicher Verordnung, Anpassung von Hörakustikermeister*in:
Versorgung:	<input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> HdO <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> BO
mit: (Marke) (Type)	R:..... L:..... (Seriennummer)

anpassende/r Hörakustiker*in:	Art der Versorgung: R L R L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SV Klasse 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SV Klasse 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SV Klasse 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kinderversorgung <input type="checkbox"/> CROS/BICROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KL-Versorgung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag (Beilage)
zuständige/r Hörakustikermeister*in:	
Beginn der Probezeit:.....	
Anpassung im Fachgeschäft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Meister*in anwesend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Begründung, warum die Anpassung außerhalb des Fachgeschäftes erfolgte:	

Sprachverstehen im freien Schallfeld:	Spezifikation – Testverfahren <input type="checkbox"/> Freiburger – Einsilber <input type="checkbox"/> Freiburger – Einsilber mit Störschall <input type="checkbox"/> Oder <input type="checkbox"/> Lautsprecher 0°/180° <input type="checkbox"/> Lautsprecher 0°/ 0°
ohne Hörgeräte: Sprachverstehen im FF binaural:.....	
mit Hörgeräten: Sprachverstehen im FF binaural:.....	
mit Hörgerät (einseitige Versorgung) rechts links Sprachverstehen im FF monaural: % %	
Nutzschall: 65 dB: <input type="checkbox"/> Störschall: 60 dB: <input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Patienten	
<input type="checkbox"/> Ich habe das/die Hörgerät/e mindestens 14 Tage getragen und kann mich damit verständigen, Radio hören, fernsehen, etc. (Ausnahme hochgradig schwerhörig ohne freies Sprachverstehen). Ich weiß, wie man das/die Gerät/e benützt und komme mit der Bedienung zurecht (ev. mit Hilfe einer Betreuungsperson). <input type="checkbox"/> Ich weiß, dass volldigitale Hörgeräte von der Sozialversicherung zur Gänze bezahlt werden. Mir wurde vom Hörakustiker eine entsprechend gute Hörgeräteversorgung ohne Zuzahlung angeboten. <input type="checkbox"/> Ich habe mich für eine Versorgung mit Zuzahlung entschieden. <input type="checkbox"/> Ich nehme zur Kenntnis, dass eine regelmäßige medizinische Kontrolle beim HNO-Facharzt, auch wenn keine Probleme auftreten, ungefähr 1 x pro Jahr durchgeführt werden soll.	
_____	_____
Bezugsdatum	Unterschrift Versicherter

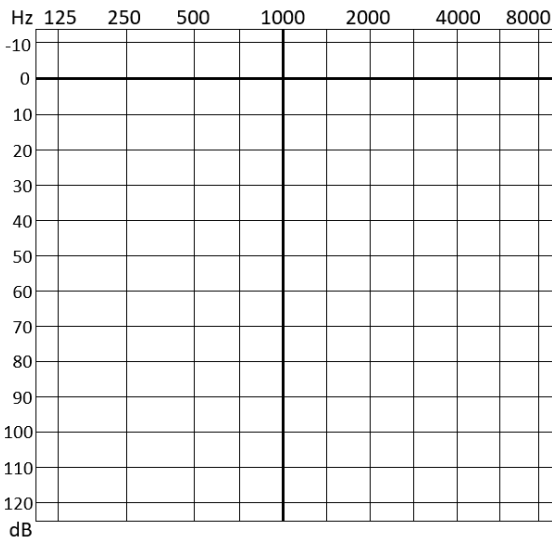
Kostenübernahme <input type="checkbox"/> laut Tarifvereinbarung <input type="checkbox"/> laut Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> € Netto <input type="checkbox"/> € MwSt. <input type="checkbox"/> € Gesamt		
..... Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers Datum, Stempel und Unterschrift des/der anpassenden Hörakustikermeisters bzw. -meisterin Datum, Stempel, Unterschrift des anpassenden Hörakustikers bzw. -akustikerin

ÖGK <input type="checkbox"/>	BVAEB <input type="checkbox"/>	SVS <input type="checkbox"/>	Sonstige
Bitte zutreffendes Feld ankreuzen oder den Namen des Kostenträgers einfügen			

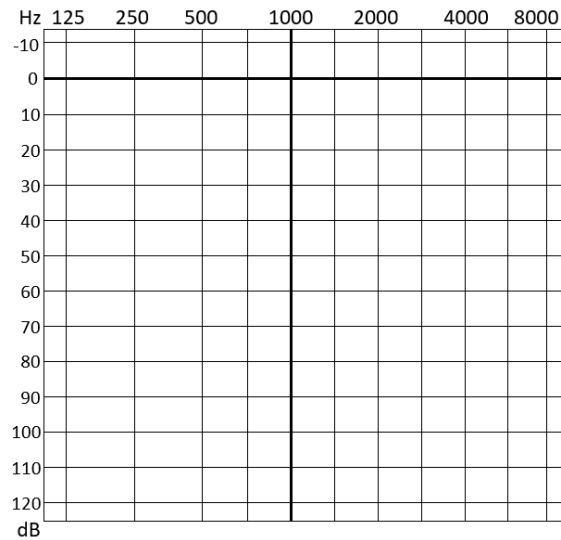
HÖRGERÄTE ANPASSBERICHT

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Familiename(n)</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname(n)</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Patient</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; padding-top: 5px;">Anschrift</td> </tr> </table>	Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer	Patient	<div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>	Anschrift			Anmerkungen des Versicherungsträgers
Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer								
Patient	<div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>								
Anschrift										

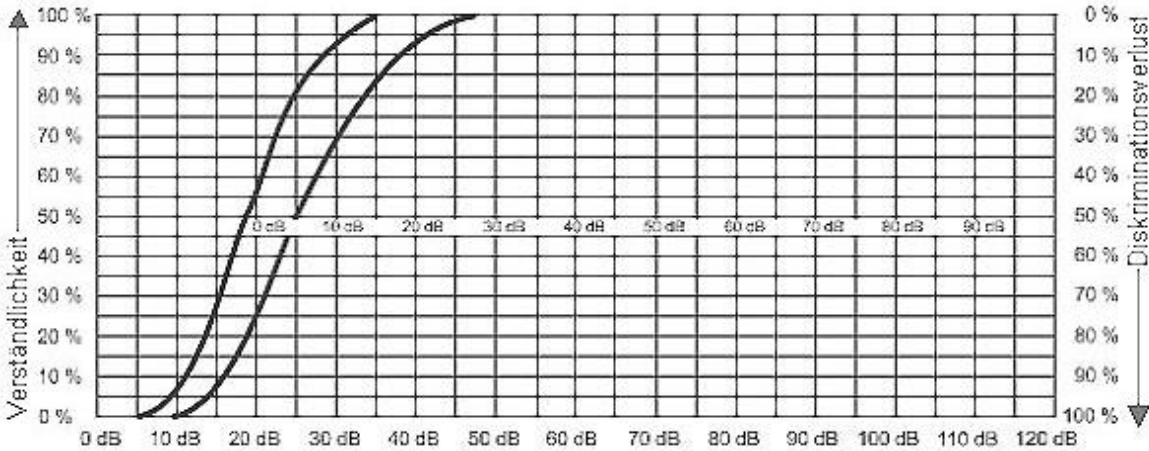
Tonaudiogramm rechts:



Tonaudiogramm links:



Sprachaudiogramm (Messung mit Kopfhörer, ev. Hörgewinnmessung):



Anmerkungen: