

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:
Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Stellungnahme zur Hörgeräteversorgung

- Versorgung nach Kat. 2 bzw. Versorgungsvorschlag für Kat. 3 vom

1 Art und Ausprägung des Hörschadens

1.1 Tinnitus Nein Ja

1.2

2 Technische Anforderungen an die Versorgung

2.1 Frequenzanpassung (z. B. ein- oder mehrkanaliger Verstärker)

2.2 Ohrpassstück (Otoplastik)

2.3 Optimierung des Sprachverständnisses (z. B. Rückkopplungsunterdrückung, Richtmikrofon, Störschallunterdrückung, Spracherkennung, Mehrprogrammfunktion)

2.4 Bauform (HdO, IdO)

2.4.1 Wenn IdO, folgende Gesichtspunkte sprechen für eine IdO-Versorgung:

2.4.2 Wenn HdO, folgende Gesichtspunkte sprechen für eine HdO-Versorgung:

2.5 Notwendiges Zubehör (z. B. Fernbedienung)

...

Az.: _____, Name: _____

2.6 Sonstiges

3 Beurteilung der Unterlagen über die technische Einstellung des Hörsystems

3.1 Die Unterlagen über die technische Einstellung waren nicht beigelegt.
(Negative Bewertung im Bewertungssystem)

3.2 Die Unterlagen erhalten keine Gerätenummer.
(Negative Bewertung im Bewertungssystem)

3.3 Die Ergebnisse können keinem bestimmten Hörsystem zugeordnet werden.
(Negative Bewertung im Bewertungssystem)

3.4 Die Unterlagen sind plausibel und nicht zu beanstanden.

3.5 Sonstiges:

4 Zusammenfassende Beurteilung

4.1 Vergleichsanpassung

4.1.1 Vergleichsanpassung wurde nicht korrekt durchgeführt.
(Negative Bewertung im Bewertungssystem)

4.1.2 Nicht ein Gerät Kat. 1 / ein Gerät Kat. 2 getestet (Negative Bewertung im Bewertungssystem)

4.1.3 Sonstiges

4.2 Die durchgeführte Kat.2 Versorgung

ist begründet

ist nicht begründet weil _____ .

4.3 Der Vorschlag für die Kat 3 Versorgung

erfüllt die technischen Anforderungen.

erfüllt die akustischen Anforderungen.

erfüllt die Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgung.

keine wirtschaftliche Versorgung (Negative Bewertung im Bewertungssystem)

Marktüblicher Preis für das vorgeschlagene Hörsystem ist:

EUR

4.4 Der Vorschlag wird mit folgenden Einschränkungen befürwortet:

Az.: _____, Name: _____

4.5 Aus den nachstehenden Gründen sollte eine Probeversorgung mit dem folgenden Hörsystem geprüft werden:

4.5.1 Der marktübliche Preis für das in Betracht kommende Hörsystem beträgt:

EUR

4.6 Sonstiges:

(Datum)

(Beratender Akustiker/Beratende Akustikerin)