

Erhebungsbogen Hörgeräteanpassung

Angaben zur Person

| | |
|--|---|
| Name, Vorname: | |
| Adresse: | |
| Tel., Fax: | |
| E-Mail: | |
| Geburtsjahr: | |
| Eintritt der Hörschädigung: | |
| Beschäftigung (Nur Angabe zum Zeitpunkt der Erhebung) | Ausbildung <input type="checkbox"/> Wenn ja, Ausbildung zum: |
| | Studium <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Studiengang: |
| | Beruf/Branche <input type="checkbox"/> Wenn ja, beschäftigt als: |
| | Arbeitssuchend <input type="checkbox"/> |
| | Rentner <input type="checkbox"/> |
| | Sonstiges (z.B. Hausfrau) <input type="checkbox"/> |
| Grad der Schwerhörigkeit: | mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig <input type="checkbox"/> an Taubheit grenzend <input type="checkbox"/> |

Erhebungsbogen Hörgeräteanpassung

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname: | |
|----------------|--|

Angaben zur Anpassung

| | |
|-------------------------------------|---|
| Akustiker, Anschrift: | |
| Datum des Versorgungsbeginns: | |
| Anzahl der Hörgeräte | <input type="checkbox"/> 1 Hörgerät <input type="checkbox"/> 2 Hörgeräte |
| Getestete Hörgeräte: | |
| Hersteller der gekauften Hörgeräte: | |
| Dauer der Anpassung: | |
| Kaufdatum der/s Hörgeräte/s: | |
| Preis der/s Hörgeräte/s: | |
| Krankenkasse: | |
| Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag): | |

Erhebungsbogen Hörgeräteanpassung

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname: | |
|----------------|--|

Anpassungsablauf:

| Datum | Leistung | Zeitaufwand Stunden : Minuten |
|---------|----------|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| gesamt: | | |

Erhebungsbogen Hörgeräteanpassung

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname: | |
|----------------|--|

Nach Verkauf des/der Hörgeräte/s (Nachversorgung):

| Datum | Leistung | Zeitaufwand Stunden : Minuten | Zuzahlung |
|---------|----------|----------------------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| gesamt: | | | |