**H ö r a k t e**

**Stammdaten**

Name: ……………………………………………………………………..

Vorname:..……………………………………………………………….

Geburtsdatum: …………………………

Eltern: …………………………………………………………………………………………………………….

Adresse: …………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………….. Fax: ……………………………………………

Email: …………………………………………………………………………………………………………….

Krankenkasse: ……………………………………………………………………………………………….

**Ansprechpartner**

**Pädaudiologie / Facharzt/-ärztin**:

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………… Fax: ………………………………………….

**Hörakustiker**:

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………… Fax: ………………………………………….

**Pädagogische Audiologie**:

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………… Fax: ………………………………………….

**Erstdiagnose**

am: ………………………………….

Klinik / Praxis: ………………………………………………………………………………………………

Ergebnis:

rechts: ………………………………………………………………………………………………………….

links: …………………………………………………………………………………………………………….

**Erstanpassung**:

am: …………………………………..

rechts: ………………………………………………………………………………………………………….

links: …………………………………………………………………………………………………………….

**FM-Anlage**:

am: …………………………………..

Typ: ..…………………………………………………………………………………………………………..

 …..………………………………………………………………………………………………………..

**CI-Versorgung**:

am: …………………………………..

rechts: …………………………………………………………………………………………………………..

links: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Umversorgung**:

am: …………………………………..

rechts: …………………………………………………………………………………………………………..

links: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Bitte bei Hörüberprüfungen folgendes beachten:**

□ Die Rückkopplungskontrolle des Hörgerätes ist aktiviert.

Daher sollte eine Messung der Aufblähkurve ausschließlich mit Schmalbandrauschsignalen erfolgen.

□ Die sprachsensitive Regelung des Hörgerätes ist aktiviert.

□ Die Störgeräuschunterdrückung des Hörgerätes ist aktiviert.

**Informationen zur Otoplastik:**

Zusatzbohrung: Größe ………..

Horneffekt: □ ja □ nein

Durchgezogener Schallschlauch: □ ja □ nein

Anmerkungen:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

**Mikrofoncharakteristik:**

□ omnidirektional

□ direktional

□ adaptiv

 **P ä d a g o g i s c h e A u d i o l o g i e**

**Vorstellungsdatum**: ……………………………………………………

Kontrolle/Pflege der hörtechnischen Hilfen:

🞏 Reinigung der Ohrpassstücke 🞏 Schlauchwechsel 🞏 Abhörkontrolle

Hörtechnische Messungen:

🞏 RECD 🞏 In-situ 🞏 Messboxkontrolle 🞏 Tympanometrie

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

🞏 Tonaudiometrie 🞏 Aufblähkurve 🞏 Sprachaudiometrie

Einstellungsänderung:

🞏 notwendig 🞏 nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

**⯎⯎⯎⯎**

**Vorstellungsdatum**: ……………………………………………………

Kontrolle/Pflege der hörtechnischen Hilfen:

🞏 Reinigung der Ohrpassstücke 🞏 Schlauchwechsel 🞏 Abhörkontrolle

Hörtechnische Messungen:

🞏 RECD 🞏 In-situ 🞏 Messboxkontrolle 🞏 Tympanometrie

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

🞏 Tonaudiometrie 🞏 Aufblähkurve 🞏 Sprachaudiometrie

Einstellungsänderung:

🞏 notwendig 🞏 nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

 **P ä d a u d i o l o g i e**

**Untersuchungsdatum**: .......................

Gehörgangsbefund: Tympanometrie:

□ auffällig □ unauffällig □ auffällig □ unauffällig

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

□ Tonaudiometrie □ Aufblähkurve □ Sprachaudiometrie

Hörtechnische Messungen:

□ RECD □ In-situ □ Messboxkontrolle

Einstellungsänderung der Hörhilfe:

□ notwendig □ nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

Nächster Termin: .....................

**⯎⯎⯎⯎**

**Untersuchungsdatum**: .......................

Gehörgangsbefund: Tympanometrie:

□ auffällig □ unauffällig □ auffällig □ unauffällig

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

□ Tonaudiometrie □ Aufblähkurve □ Sprachaudiometrie

Hörtechnische Messungen:

□ RECD □ In-situ □ Messboxkontrolle

Einstellungsänderung der Hörhilfe:

□ notwendig □ nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

Nächster Termin: .....................

 **H ö r a k u s t i k**

**Anpasskontrolle am**: .......................................

Pflege/Kontrolle der hörtechnischen Hilfen:

□ Reinigung der Ohrpassstücke □ Ohrpassstück erneuert

□ Schlauchwechsel □ Abhörkontrolle

Tympanometrie: □ auffällig □ unauffällig

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

□ Tonaudiometrie □ Aufblähkurve □ Sprachaudiometrie

Hörtechnische Messungen:

□ RECD □ In-situ □ Messboxkontrolle

Einstellungsänderung der Hörhilfe: □ notwendig (s. Anlage) □ nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

Nächster Termin: .....................

**⯎⯎⯎⯎**

**Anpasskontrolle am**: .......................................

Pflege/Kontrolle der hörtechnischen Hilfen:

□ Reinigung der Ohrpassstücke □ Ohrpassstück erneuert

□ Schlauchwechsel □ Abhörkontrolle

Tympanometrie: □ auffällig □ unauffällig

Audiometrische Messungen (s. Anlage):

□ Tonaudiometrie □ Aufblähkurve □ Sprachaudiometrie

Hörtechnische Messungen:

□ RECD □ In-situ □ Messboxkontrolle

Einstellungsänderung der Hörhilfe: □ notwendig (s. Anlage) □ nicht notwendig

Anmerkungen: ......................................................................................................

...........................................................................................................................

Nächster Termin: .....................

 **Terminübersicht**

 für: ................................................................

(bitte alle Termine, die durchgeführt wurden, eintragen lassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Stelle/Stempel/Unterschrift |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |