

Musterbeispiel

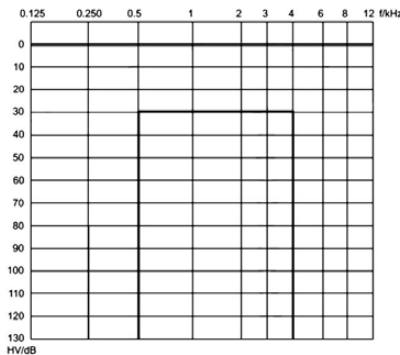
Anlage 5a aus dem vdek-Vertrag

Bitte dringend auf das korrekte Ausfüllen dieser Anlage achten! Freifelder sind immer zu füllen!

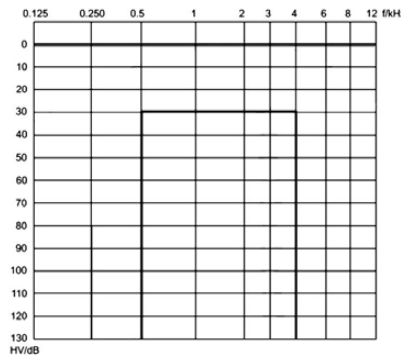
Anpass- und Abschlussbericht des Hörgeräte-Akustikers

1. Name: _____
2. Vorname: _____ 3. geb.: _____
4. Anschrift: _____
5. Telefon: _____
6. Kostenträger: _____
7. Behandelnder Facharzt: _____
8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte

*
Anhang 5a



rechts



links

Luftleitung:

rechts: O — O

links: x — x

U-Grenze: □□□

Vertäubung: —

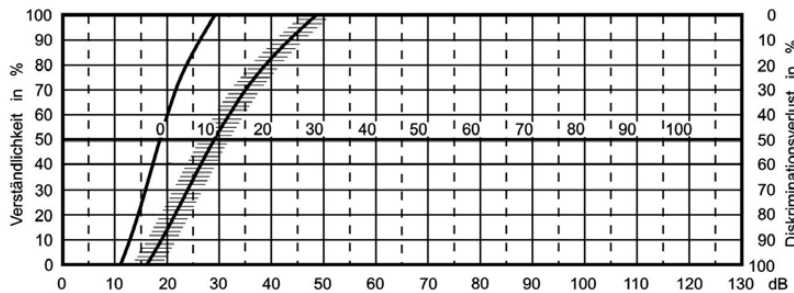
Knochenleitung:

rechts: > --- >

links: < --- <

Vertäubung: ww

9. Sprachtest nach DIN 45621 (gemäß DIN ISO 8253-3 12 u. 13)



Versorgung über LL: R , L , bds über KL: R , L , bds

* Versorgungsart: LL KL

HdO IdO CROS BICROS

Angepasste/s Hörsystem/e:
R: _____
L: _____
für bestmögliches Sprachverstehen bei 65 dB

Angepasste Otoplastik/en: R ___ L ___
SE IO-Schale/Plastik

hart weich Schirm Dome

sonstiges: _____

Zusatzbohrung: _____ mm offen

10. Freifeldmessungen (65 dB, 1 m Abstand) DIN 45621

a) beidseitige Versorgung

ohne Hörsysteme * _____ %

mit Hörsystemen _____ %

Hörgewinn _____ %
(mind. 20%-Punkte)

b) einseitige Versorgung

| | rechts | links |
|----------------|-----------|---------|
| ohne Hörsystem | * _____ % | _____ % |
| mit Hörsystem | _____ % | _____ % |
| Hörgewinn | _____ % | _____ % |

11. Die Hörgeräteanpassung erfolgt unter Berücksichtigung aller wesentlichen Mess- und Anpassdaten sowie des individuellen Hörempfindens.

Ort/Datum

* _____

Unterschrift

Angaben zur Hörgeräte-Anpassung nach den geltenden Hilfsmittel-Richtlinien

1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 Hilfsm-RL (Regelversorgung)

- a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt bei wenigstens einer Prüffrequenz zwischen 500 und 4000Hz mindestens 30dB auf dem besser hörenden Ohr,
- b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem besser hörenden Ohr bei 65dB nicht größer als 80%,
- c) und es besteht der Entschluss des Patienten das Hörsystem zu tragen § 27 Abs.3 Hilfsm-RL,
- d) und das Hörsystem kann durch den Patienten oder deren Hilfspersonen bedient werden § 27 Abs.3 Hilfsm-RL.

JA NEIN

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beidohrige Versorgung: „ja“ ankreuzen, Einohrige Versorgung: „nein“ ankreuzen.

2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.4 Hilfsm-RL (Ausnahmeversorgung)

- a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt auf dem schlechteren Ohr mindestens 30dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000Hz,
- b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem schlechter hörenden Ohr bei 65 dB nicht größer als 80%.

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beidohrige Versorgung: „nein“ ankreuzen, Einohrige Versorgung: „ja“ ankreuzen.

3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 Hilfsm-RL

- a) einseitige Taubheit (nicht versorgbares Ohr)
- b) BiCROS Versorgung, da Hörverlust gem. § 21 Abs. 1 Hilfsm-RL zusätzlich am besseren Ohr
- c) hochgradige Asymmetrie des Gehörs

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

entsprechend ankreuzen

4. Hörgeräte-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gem. § 28 Hilfsm-RL

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 Hilfsm-RL

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten

Freiburger

* Einsilber Mehrsilber

Wichtig: Bitte immer ausfüllen!

8. Bemerkungen: _____

Nachweis mittels Freiburger Sprachtest zum Hörgewinn bei der Hörgeräteversorgung

| | Hörgerät | Hilfsmittel-Positionsnummer | aufzahlungs-frei | Ohr-seite R / L | Sprachverstehen | |
|---|----------|-----------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|---|
| | | | | | Freifeld: Nutzschall 65dB | Freifeld:* Nutzschall 65dB Störschall 60dB |
| 1 | | | | | * % | % |
| 1 | | | | | % | % |
| 2 | | | | | % | % |
| 2 | | | | | % | % |

Auch bei einohriger Versorgung ausfüllen.

Hier die Bezeichnung der Gerätetypen eintragen.

Immer die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer

Maximal 5% Unterschied