

ATTEST ÜBER DAS HÖRVERMÖGEN

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

1. Die Prüfung über genügendes Hörvermögen muss durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen werden.
2. **Anforderungen an das Hörvermögen:**
Hörweite für Konversationssprache beidseitig 3 m, bei einseitiger Taubheit 6 m oder im Audiogramm auf einer Seite in den Frequenzen 125Hz bis 1000Hz nicht schlechter als 30dB und bei 2000Hz nicht schlechter als 40dB (ohne Hörhilfe).

Resultate:

Konversationssprache:

rechts:	<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt
links:	<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt
bei einseitiger Taubheit:	<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt

oder (falls Anforderungen mit Konversationssprache nicht erfüllt)

Audiogramm Frequenzen:

125Hz bis 1000Hz nicht schlechter als 30dB:	<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt
2000Hz nicht schlechter als 40dB:	<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt

Anforderungen ohne Hörgerät erfüllt: Ja nein

Muss Hörgerät tragen: Ja nein

3. Bemerkungen

Datum: _____

Stempel + Unterschrift Ärztin oder Arzt