

Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
Fischer-Weber geb. am **02.06.48**
Margot
Theodor-Heuss-Str. 35/1
 Kassen-Nr. **74223 Flein** Versicherten-Nr. Status **01/13**
 Vertragsarzt-Nr. **0001** VK gültig bis Datum **01/13 18.09.08**

IK des Leistungserbringers
 Rechnungsnummer
 Belegnummer

Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja nein
 Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?

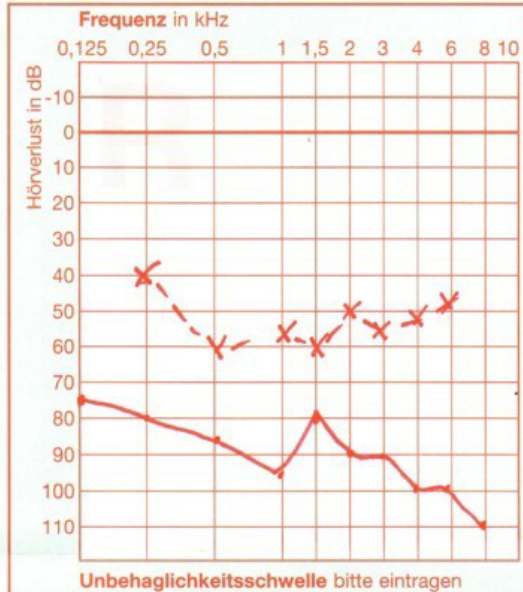
Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng
 Trommelfell intakt durchlöchert feucht

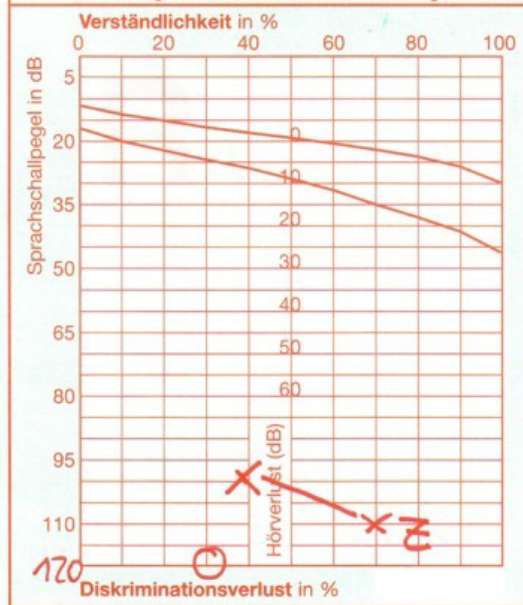
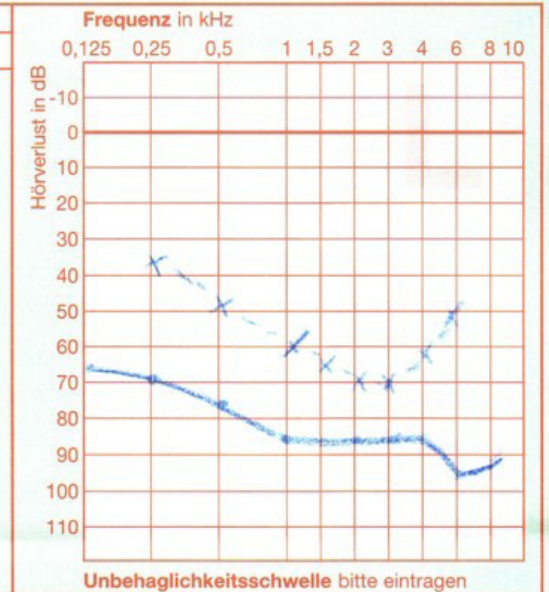
Rechts Links

Ohrbefund

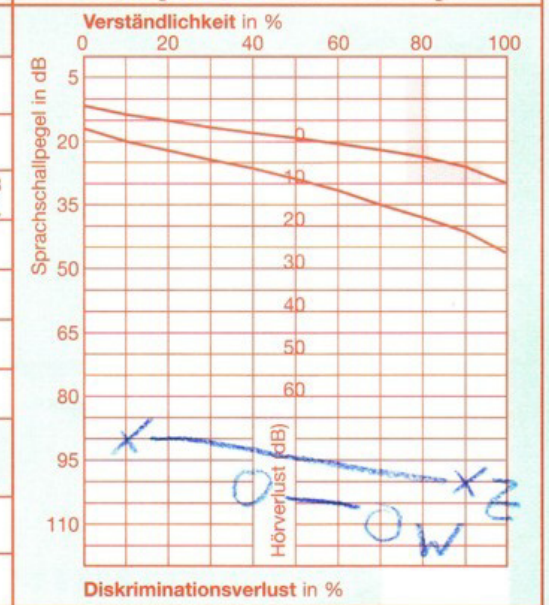
Gehörgang normal operativ erweitert eng
 Trommelfell intakt durchlöchert feucht



Weber bei 500 Hz
 R med. L
Geräusch
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB



Impedanz
 R Sondenohr L
 MO-Druck mm H₂O
 dB HL dB SL Stapedius-Reflex dB HL dB SL
 0,5 kHz
 1 kHz
 2 kHz
 4 kHz
 Fl. Spr. (Zahlen)
 Um. Spr. (Zahlen)



Diagnose

hochgradige Innenohrschwerhörigkeit bds.,

Hörhilfe ist notwendig rechts links beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts ___ kHz verdeckbar dB ___ links ___ kHz verdeckbar dB ___

Die Schwerhörigkeit ist Folge von Unfall, Versorgungs-leiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

Hals-Nasen-Ohrenarzt
 Telefon
 Telefax
 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes