

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

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

R

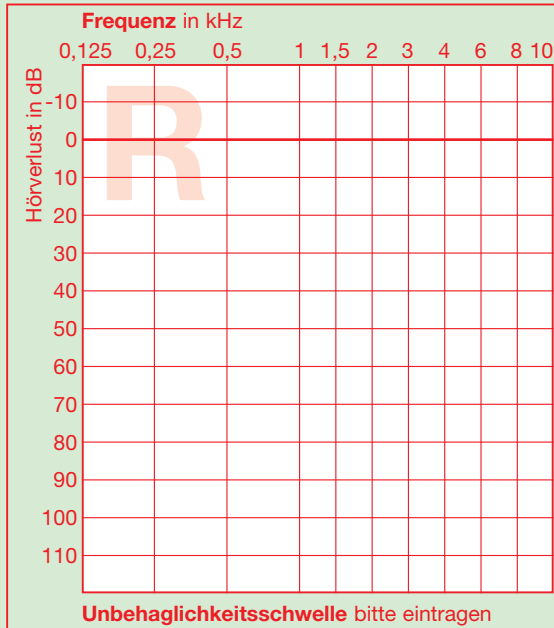
Links

L

Ohrbefund

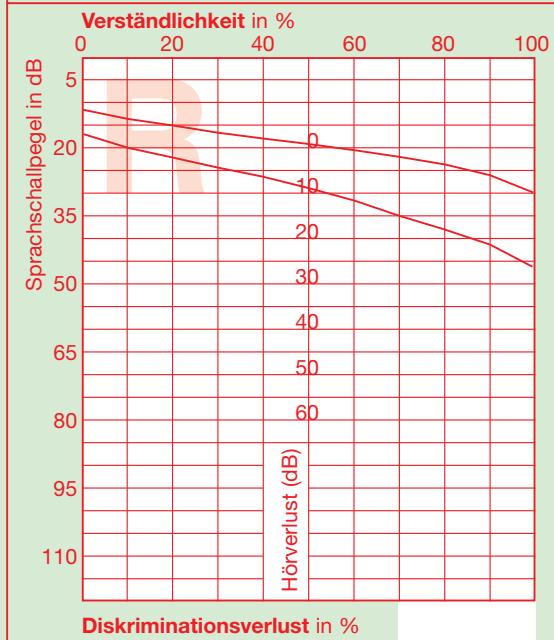
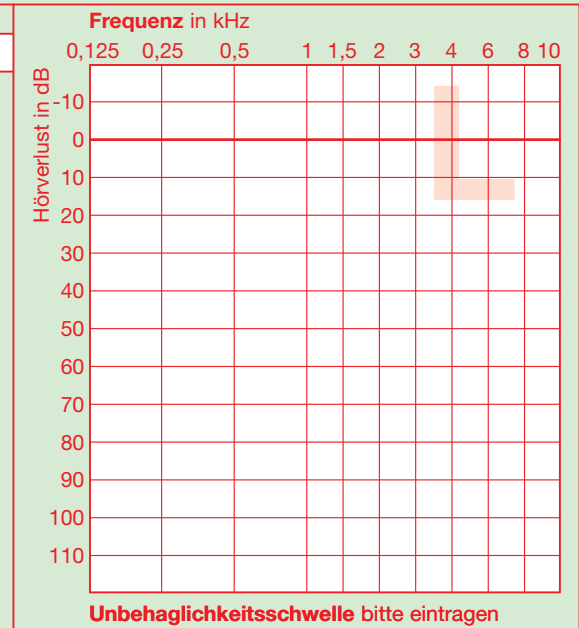
Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht



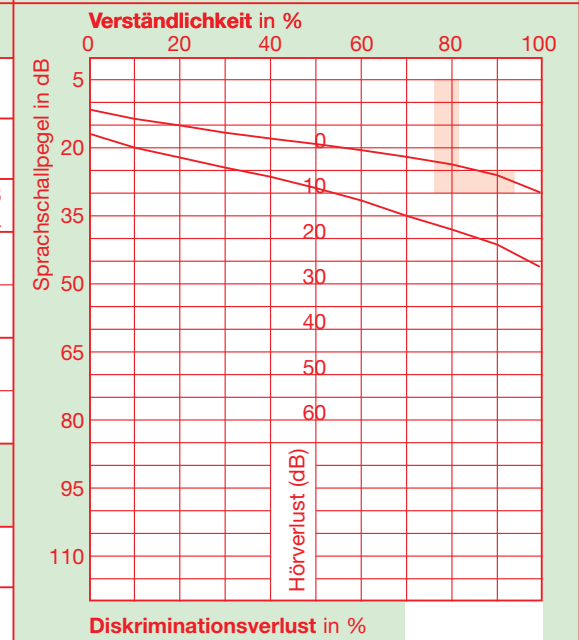
Weber bei 500 Hz

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



Impedanz

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



Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts links beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts kHz verdeckbar dB links kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wichtiger Hinweis für den Versicherten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag

Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

- a) mit Einsilbern _____ % oder
b) mit Mehrsilbern _____ % (entsprechend DIN 45621) oder
c) mit Sätzen _____ % (Marburger Satztest nach Niemeier)

Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)

	Nr. der Gruppe			Fabrikat Typ	Hilfsmittelpositionsnummer	Verstanden
	Zahlen	Wörter	Sätze			
A						
B						
C						
D						

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät _____ Positionsnummer _____

Begründung _____

Stempel und Unterschrift _____

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker Tinnitusinstrument

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Stempel und Unterschrift _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist

Ausgestellt am _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes _____

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro

Ausgestellt am _____

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Stempel und Unterschrift _____

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe

erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers _____

Freigabe 12.03.2008

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster