

| | |
|-------------------|-------|
| HÖR – Akte | |
| Name: | geb.: |

angelegt am: _____ von: _____

| | |
|-------------------------------------|---|
| Hörschädigung | |
| <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> einseitig li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> AVWS <input type="checkbox"/> hörend |
| <input type="checkbox"/> gehörlos | <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> SLS |
| Diagnose: | |
| festgestellt im Alter von: | Erstversorgung im Alter von: |

Technische Versorgung mit Typbezeichnung

HG = Hörgerät CI = Cochlea Implantat MI = Mittelohrimplantat

| rechts | links |
|--------|-------|
| seit: | seit: |

| | |
|------------------------------------|--|
| Digitale Übertragungsanlage | |
| nutzt Schulanlage: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| nutzt private Anlage: | <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein |

Ohrenärztliche Versorgung (Pädaudiologe, Klinik, HNO-Arzt....)

Name und Ansprechpartner:

Name und Ansprechpartner:

Telefon:

Telefon:

Akustiker

Name und Ansprechpartner

Telefon:

zusätzliche Versorgung an der LVR Luise-Leven-Schule durch Fa. Geers: ja nein

| Bemerkung | Datum |
|------------------|--------------|
| | |