Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

15

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | 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

Rechts R

Gehörgang normal ☐ operativ erweitert ☐ eng ☐

Trommelfell intakt ☐ durchlöchert ☐ feucht ☐

Ohrbefund

Links L

Gehörgang normal ☐ operativ erweitert ☐ eng ☐

Trommelfell intakt ☐ durchlöchert ☐ feucht ☐

Frequenz in kHz

0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10

Hörverlust in dB: -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110

R

Unbehaglichkeitsschwelle bitte eintragen

Weber bei 500 Hz

R	med.	L

Geräusch

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB

Frequenz in kHz

0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10

Hörverlust in dB: -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110

L

Unbehaglichkeitsschwelle bitte eintragen

Verständlichkeit in %

0 20 40 60 80 100

Sprachschallpegel in dB: 5 20 35 50 65 80 95 110

R

0 10 20 30 40 50 60

Hörverlust (dB)

Diskriminationsverlust in %

Impedanz

R	Sondenohr	L
	MO-Druck mm H_2O	
dB HL / dB SL	Stapedius-Reflex	dB HL / dB SL
	0,5 kHz	
	1 kHz	
	2 kHz	
	4 kHz	

R	Fl. Spr. (Zahlen)	L
	Um. Spr. (Zahlen)	

Verständlichkeit in %

0 20 40 60 80 100

Sprachschallpegel in dB: 5 20 35 50 65 80 95 110

L

0 10 20 30 40 50 60

Hörverlust (dB)

Diskriminationsverlust in %

MUSTER

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

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 Niemeyer)

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 ☐

Stempel und Unterschrift

Ausgestellt am

Gesamtpreis _____ Euro

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

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Stempel und Unterschrift

Ausgestellt am

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____

erhalten zu haben

die verordnete Hörhilfe ☐

den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument ☐

Unterschrift des Empfängers

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

MUSTER