Kód pojišťovny

POUKAZ NA FONIATRICKOU POMŮCKU

poř. č.

Skupina pomůcky **08**

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce f.

Bydliště (adresa)

Dg.

INDIKAČNÍ SKUPINA	Kód	Max. úhrada

ZNAČKA SLUCHADLA	Kód	Úhrada

PŘÍSLUŠENSTVÍ		
	Doplatek pojištěnce	

Dne:

razítko poskytovatele,
jmenovka a podpis lékaře

Datum uplatnění:

Prohlašuji, že

a) sluchadlo dostávám poprvé
b) naposledy jsem sluchadlo dostal(a) v roce .....

podpis

Potvrzuji, že mi bylo vydáno

a) sluchadlo
b) příslušenství ke sluchadlu

Nehodící se škrtněte!

Dne:

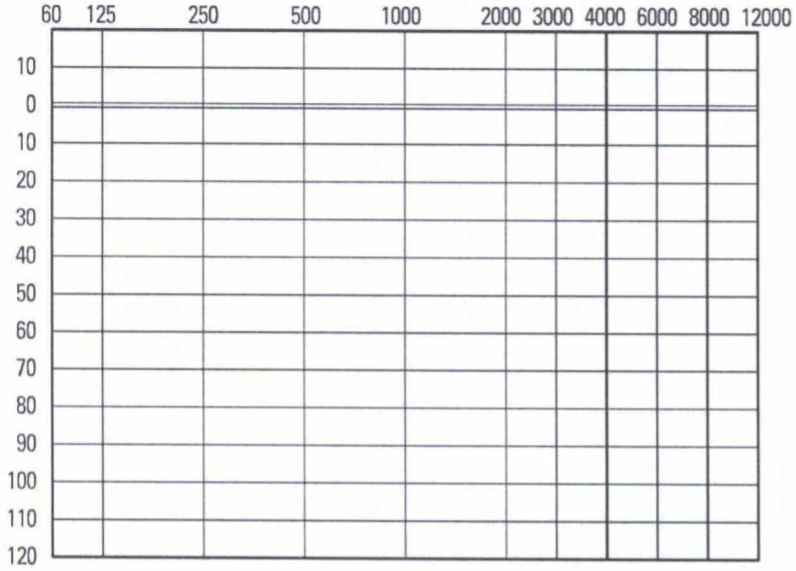
podpis

VZP-14/2018

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítko výdejce

AUDIOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ



Srovnání hlasitosti

Ztráta sluchu v decibelech

Audiometr

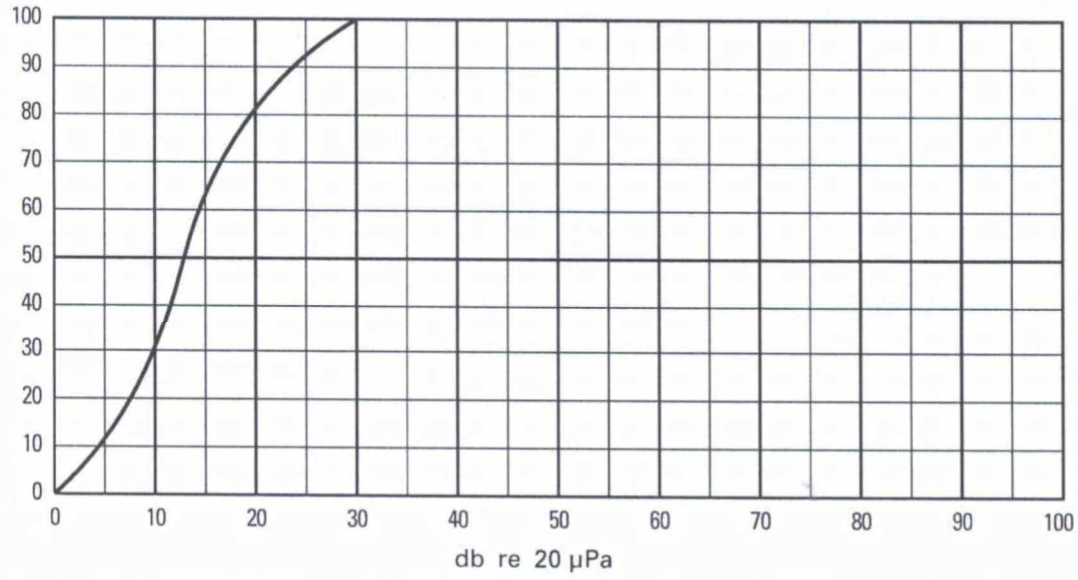
SISI v %				
kHz	1	2	3	4
dx				
sin				

	Vpravo	Vlevo
Ztráta sluchu v %		
Celková ztráta v %		

vedení	vzduš.	kostní
dx	—○—	--->--
sin	—×—	--<--

Maskování:

SLOVNÍ AUDIOMETRIE



Nastavení sluchadla

Závěr: