

Kód pojišťovny

**POUKAZ
NA FONIATRICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Skupina pomůcky **08**

Příjmení a jméno		INDIKAČNÍ SKUPINA	Kód	Max. úhrada
Číslo pojištění	f.			
Bydliště (adresa)		ZNAČKA SLUCHADLA	Kód	Úhrada
Výše a podmínky úhrady:		PŘÍSLUŠENSTVÍ		
Dg.				
Dne:				
razítka poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího		Doplatek pojištění		

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:

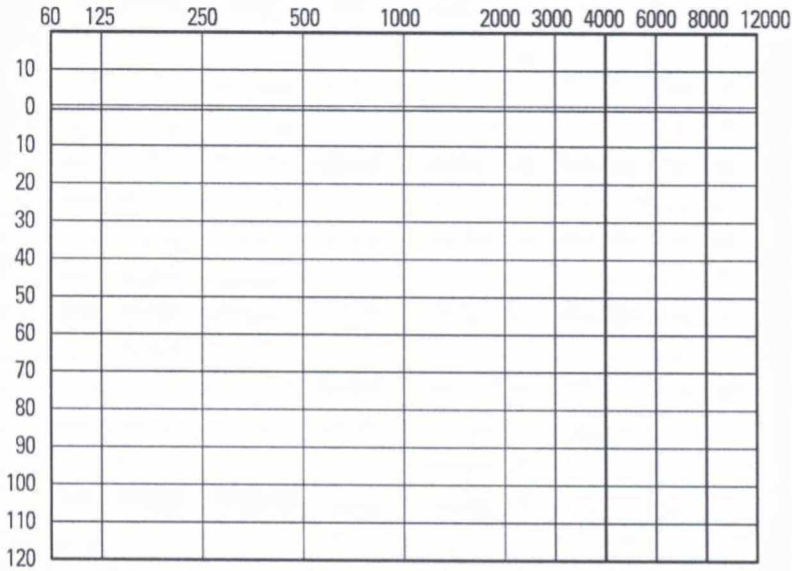
_____ podpis

VZP-14/2021

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítka výdejce

AUDIOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ



Maskování:

Srovnání hlasitosti

Ztráta sluchu v decibelech

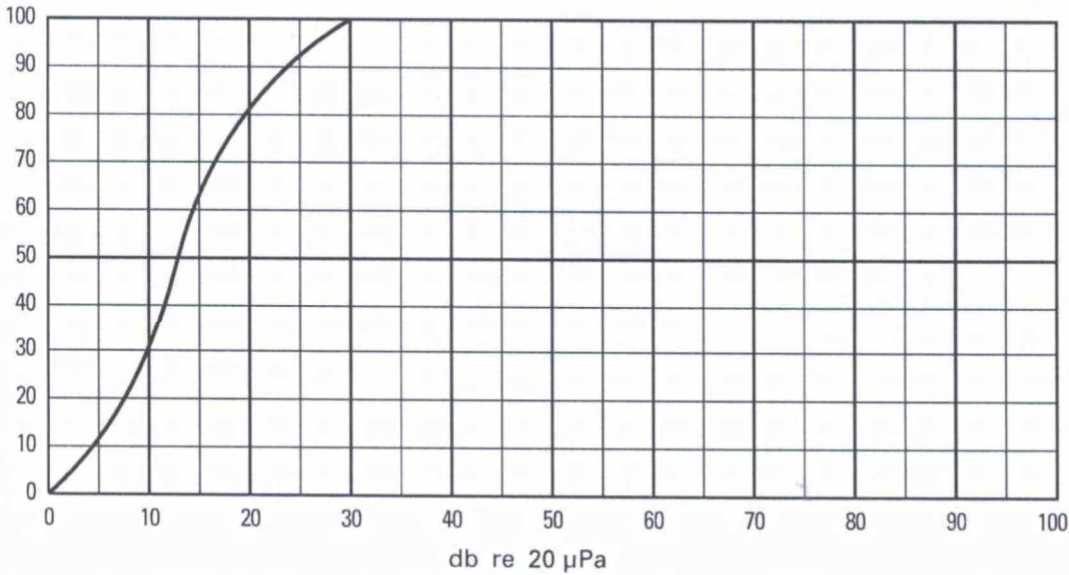
Audiometr

SISI v %				
kHz	1	2	3	4
dx				
sin				

	Vpravo	Vlevo
Ztráta sluchu v %		
Celková ztráta v %		

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

SLOVNÍ AUDIOMETRIE



Nastavení sluchadla

Závěr: