

# Anmeldung zur Hörimplantat-Versorgung

Adresse des Patienten/ Patientenaufkleber:

Frau/ Herrn (nicht zutreffendes bitte streichen)

.....

.....

.....

*Faxformular zur  
Patientenanmeldung im  
HELIOS Hörzentrum*

HELIOS Klinikum Berlin-Buch  
HNO Fax-Nr.

**030/ 94 01 - 54 109**

**Tel.-Nr. Patient** (Wir vereinbaren telefonisch mit dem Pat. einen Vorstellungstermin)

Festnetz:

Mobil:

## 1. Untersuchungsbefund:

Trommelfellbefund: re. o.B.  li. o.B.   
Nasenendoskopie: o.B.  pathologisch .....  
Lupenlaryngoskopie: o. B.  pathologisch .....

## 2. Art der Hörstörung:

Einseitige Ertaubung   
Beidseitiger SES > 70 dB   
Beidseitige kombinierte Hörstörung

## 3. Ursachen der Hörstörung:

Hörsturz:  Presbyakusis:  M. Menière:  Trauma:   
Sonstige:

## 4. Dauer der hochgradigen Hörstörung bzw. der Ertaubung:

> 10 Jahre  < 10 Jahre   
Sonstige:

## 5. Auswirkung auf das Sprachverstehen:

Einsilberverstehen bei 100 dB ohne Hörgerät .....

Einsilberverstehen bei 65 dB mit Hörgerät .....

## Audiogramm in Kopie anbei.

Antwort:

Stempel Arztpraxis - Datum