Kód pojišťovny

# POUKAZ NA FONIATRICKOU POMŮCKU

poř. č.

Skupina pomůcky **08**

Příjmení a jméno

**Číslo pojištěnce** f.

Bydliště (adresa)

I hradí pojišťovna

C spoluúčast pacienta

P hradí pacient

Dg.

Dne:

razítko zdrav. zařízení,
jmenovka a podpis lékaře

| INDIKAČNÍ SKUPINA | Kód | Max. úhrada |
|---|---|---|
| | | |

| ZNAČKA SLUCHADLA | Kód | Cena |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| PŘÍSLUŠENSTVÍ | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Cena celkem | |

**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:

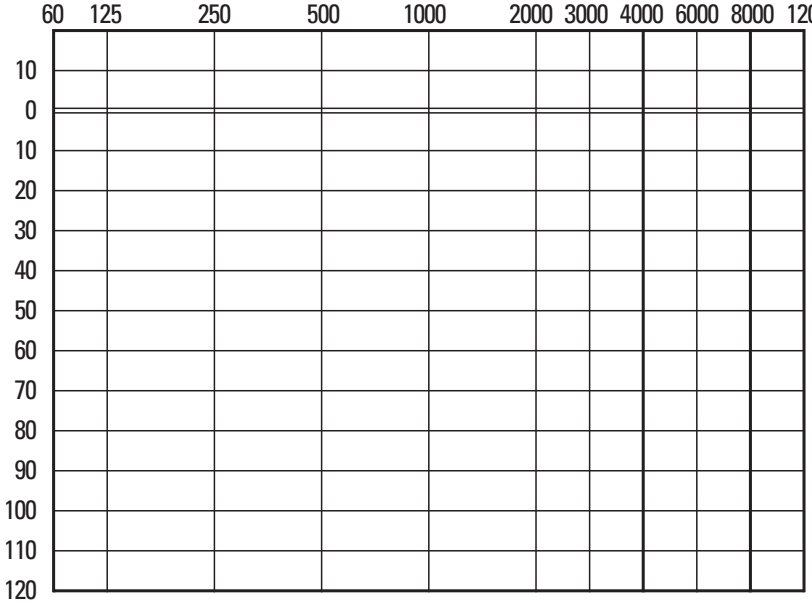
podpis

VZP-14/2009

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítko výdejce

## AUDIOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ




Maskování:

Srovnání hlasitosti

Ztráta sluchu v decibelech

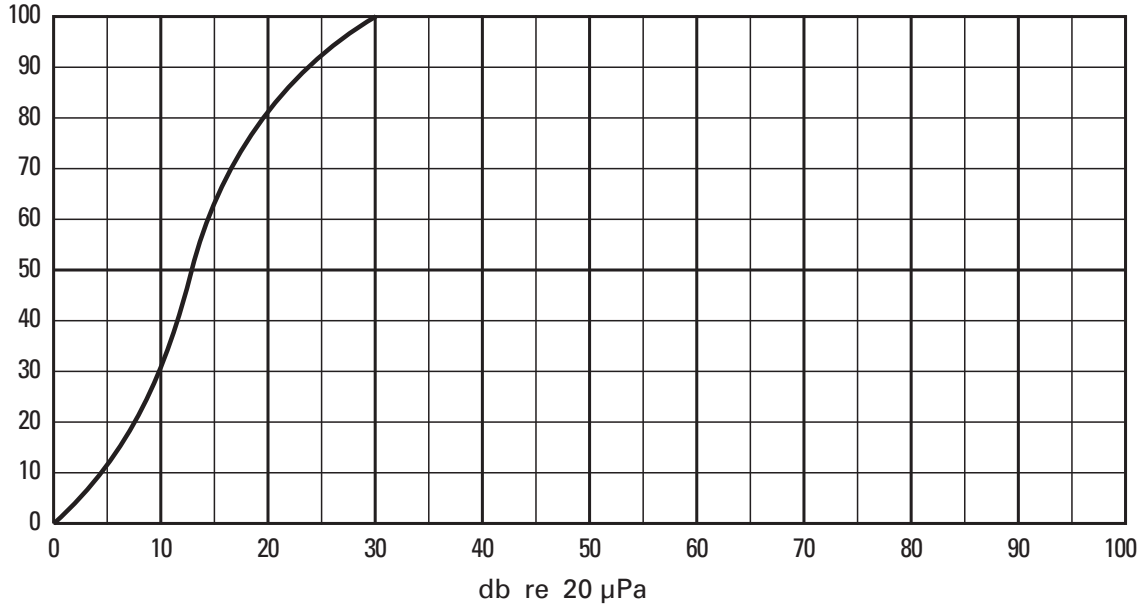
Audiometr

| SISI v % | | | | |
|---|---|---|---|---|
| kHz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| dx | | | | |
| sin | | | | |

| | Vpravo | Vlevo |
|---|---|---|
| Ztráta sluchu v % | | |
| Celková ztráta v % | | |

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

## SLOVNÍ AUDIOMETRIE




| Nastavení sluchadla |
|---|
| |
| |
| |

Závěr: