|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

**Stellungnahme zur Hörgeräteversorgung**

- Versorgung nach Kat. 2 bzw. Versorgungsvorschlag für Kat. 3 vom […]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Art und Ausprägung des Hörschadens** | |
|  |  | |
| 1.1 | Tinnitus | Nein  Ja |
|  |  |  |
| 1.2 | […] | |
|  |  | |
| **2** | **Technische Anforderungen an die Versorgung** | |
|  |  | |
| 2.1 | Frequenzanpassung (z. B. ein- oder mehrkanaliger Verstärker) | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.2 | Ohrpassstück (Otoplastik) | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.3 | Optimierung des Sprachverständnisses (z. B. Rückkopplungsunterdrückung, Richtmikrofon, Störschallunterdrückung, Spracherkennung, Mehrprogrammfunktion) | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.4 | Bauform (HdO, IdO) | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.4.1 | Wenn IdO, folgende Gesichtspunkte sprechen für eine IdO-Versorgung: | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.4.2 | Wenn HdO, folgende Gesichtspunkte sprechen für eine HdO-Versorgung: | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |
| 2.5 | Notwendiges Zubehör (z. B. Fernbedienung) | |
|  |  | |
|  | […] | |
|  |  | |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 2.6 | Sonstiges |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| **3** | **Beurteilung der Unterlagen über die technische Einstellung des Hörsystems** |
|  |  |
| 3.1 | Die Unterlagen über die technische Einstellung waren nicht beigefügt. (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
| 3.2 | Die Unterlagen erhalten keine Gerätenummer. (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| 3.3 | Die Ergebnisse können keinem bestimmten Hörsystem zugeordnet werden. (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| 3.4 | Die Unterlagen sind plausibel und nicht zu beanstanden. |
|  |  |
| 3.5 | Sonstiges: |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| **4** | **Zusammenfassende Beurteilung** |
|  |  |
| 4.1 | Vergleichsanpassung |
|  |  |
| 4.1.1 | Vergleichsanpassung wurde nicht korrekt durchgeführt.  (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
| 4.1.2 | Nicht ein Gerät Kat. 1 / ein Gerät Kat. 2 getestet (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
| 4.1.3 | Sonstiges |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| 4.2 | Die durchgeführte Kat.2 Versorgung |
|  |  |
|  | ist begründet |
|  |  |
|  | ist nicht begründet weil […]. |
|  |  |
| 4.3 | Der Vorschlag für die Kat 3 Versorgung |
|  |  |
|  | erfüllt die technischen Anforderungen. |
|  |  |
|  | erfüllt die akustischen Anforderungen. |
|  |  |
|  | erfüllt die Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgung. |
|  |  |
|  | keine wirtschaftliche Versorgung (Negative Bewertung im Bewertungssystem) |
|  |  |
|  | Marktüblicher Preis für das vorgeschlagene Hörsystem ist: |
|  |  |
|  | […] EUR |
|  |  |
| 4.4 | Der Vorschlag wird mit folgenden Einschränkungen befürwortet: |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 4.5 | Aus den nachstehenden Gründen sollte eine Probeversorgung mit dem folgenden Hörsystem geprüft werden: |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |
| 4.5.1 | Der marktübliche Preis für das in Betracht kommende Hörsystem beträgt: |
|  |  |
|  | […] EUR |
|  |  |
| 4.6 | Sonstiges: |
|  |  |
|  | […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Beratender Akustiker/Beratende Akustikerin) |