

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: _____ geb.: _____
Aktenzeichen: _____

Bericht Counseling Tinnitus

1 Anamnese (aktuelle Beschwerden/Entwicklung des Tinnitus – arbeitsplatzbezogen/privat – bisherige Maßnahmen)

2 Befunde (2.2-2.6 Dokumentation im Befundbogen)

2.1 HNO-Status

Ohren

Nase

Nasenrachen

Mundrachen

2.2 Reintonaudiogramm

2.3 Unbehaglichkeitsschwelle

2.4 Tinnitusanalyse

2.5 Sprachaudiogramm

2.6 Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle

3 Einschätzung des Tinnitusgrades

- Grad 1 Tinnitus gut kompensiert, kein Leidensdruck.
- Grad 2 Tinnitus tritt hauptsächlich in Stille auf, wirkt störend bei Stress und Belastungen.
- Grad 3 Tinnitus führt zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich, Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich.
- Grad 4 Tinnitus führt zur völligen psychischen Dekompensation.

...

Aktenzeichen:	Name, Vorname:	Geburtsdatum:
---------------	----------------	---------------

4 Durchführung eines Counselings

- Grundzüge der Anatomie und Physiologie des Hörorgans, Entstehungsmechanismen des Tinnitus, Erläuterung des individuellen Tinnitus-Krankheitsmodells, Vorstellung von Behandlungsoptionen.

5 Ergebnis des Counselings

- Derzeit keine weitere Therapie erforderlich.
 Therapie wird nicht gewünscht.
 Niederschwellige Maßnahmen ausreichend (siehe 6).
 Niederschwellige Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht sinnvoll (siehe 6).
 Es droht die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit wegen der Begleiterscheinungen des Tinnitus.
Grund:

6 Therapieempfehlung

6.1 Niederschwellige Maßnahmen

- Hörgeräteversorgung.
 Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelentspannung nach Jakobsen).
 Kognitive Verhaltenstherapie (10 Sitzungen).
 Retraining-Therapie.
 Selbsthilfegruppen.

Folgende Einrichtungen/Therapeutinnen/Therapeuten/anderweitige Angebote wurden besprochen und können empfohlen werden (Name, Anschrift):

6.2 Wenn niederschwellige Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht sinnvoll sind

- Stationäre Reha-Maßnahme notwendig?
Grund:

7 Erfolgskontrolle

Erneute Vorstellung am:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
--

Aktenzeichen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Befund

Untersuchungsdatum:

1 Reintonaudiogramm

Bitte erstellen Sie ein Tonaudiogramm inkl. Verdeckungskurve und Unbehaglichkeitsschwelle und fügen Sie dieses dem Bericht bei.

2 Sprachaudiogramm mit Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle

Bitte fügen Sie ein Sprachaudiogramm mit Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle dem Bericht bei.

3 Bestimmung des Tinnitus

3.1 Bestimmung

rechts bei _____ kHz, verdeckbar mit _____ dB

links bei _____ kHz, verdeckbar mit _____ dB

Die Symbole bei Tinnitusbestimmung sind in das Tonaudiogramm einzutragen.

3.2 Ausprägung:

	rechts	links	beidseitig
zeitweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiefer Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brummen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>