

Übersicht angepasste Hörgeräte

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Datum:

Es handelt sich um eine Erstversorgung / Folgeversorgung. Wenn ja, Bezeichnung des bisherigen Hörgeräts:

Lfd. Nr.	HMVZ-Nr:	Hörgeräte (Bitte Originalname nicht Eigenlabelbezeichnung)	Kategorie nach Anlage 2 VbgHG	Sprachverständnis		Gesamtpreis nur für Kat. 3 (inkl. Otoplastik)	Bemerkungen (z. B. Ergebnisse der Erprobung. Gründe für die Auswahl des vorgeschlagenen Geräts)
				im Freifeld 65 dB ohne Stör- geräusch	im Freifeld 65 dB mit Stör- geräusch 60 dB (Pflichtangabe bei Kat.3 KVA)		
1.							
2.							
3.							
4.							