**Hörgeräte Tragejournal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

Das Journal benötigen wir, sowie allenfalls später die prüfende HNO-Klinik, damit die von Ihnen geltend gemachten Probleme bei der Hörgeräteanpassung am Arbeitsplatz oder im Tätigkeitsbereich mit einer Standard-Hörgeräteversorgung nachvollzogen werden können.

Im 1. Teil sind zuerst die bisher erfolgten Massnahmen und generellen Informationen aufzuführen. Im 2. Teil führen Sie bitte die Probleme auf, welche während der Testphase mit dem Hörgerät/den Hörgeräten an Ihren Arbeitstagen bestehen.

**1. Allgemeine Angaben**

* 1.1

Aktuelle berufliche Tätigkeit

|  |
| --- |
|  |

Funktion

|  |
| --- |
|  |

Arbeitsstunden pro Woche

|  |
| --- |
|  |

* 1.2

Arbeiten Sie alleine?

ja  nein

Arbeiten Sie in einem Team?

ja  nein

Sofern ja, wie gross ist das Team? (Anzahl Mitarbeiter)

|  |
| --- |
|  |

* 1.3

Ist dies Ihre erste Hörgeräteversorgung?

ja  nein

* 1.4

Aktuell getestetes Hörgerät / getestete Hörgeräte

|  |
| --- |
|  |

* 1.5

Haben Sie das/die Hörgerät(e) in der Testphase gewechselt?

Wie oft? Wann?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Welche(s) Hörgerät(e) wurde vorher getestet?

(Hörgerätetyp, Name des Modells im Zweifel beim Anbieter nachfragen)

|  |
| --- |
|  |

* 1.6

Haben Sie die bestehenden Probleme mit dem Gerät/den Geräten Ihrem Hörgeräteanbieter gemeldet?

ja  nein

Wie oft waren Sie bisher im Rahmen der aktuellen Anpassung beim Hörgeräteanbieter?

(Anzahl Sitzungen)

|  |
| --- |
|  |

**2. Dokumentation der Testphase**

* 2.1

Beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz (Lokalität)

|  |
| --- |
|  |

* 2.2

Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit

|  |
| --- |
|  |

* 2.3

Beschreiben Sie, welche Tätigkeiten Sie mit einer Standard-Hörgeräteversorgung nicht mehr, oder nur   
in eingeschränkter Form wahrnehmen können.

|  |
| --- |
|  |

* 2.4

Beschreiben Sie, welche Kommunikationsprobleme an Ihrem Arbeitsplatz auftreten

|  |
| --- |
|  |

* 2.5

Beschreiben Sie die akustischen Umgebungen an Ihrem Arbeitsplatz (Raumakustik, Störgeräusche, Telefon etc.)

|  |
| --- |
|  |

**3. Unterschrift**

Datum und Unterschrift

|  |
| --- |
|  |