

Verschreibung von akustischen Prothesen und Behelfsmitteln für die Kommunikation

Nachname Name Geburtsdatum

Erstverschreibung Folgeverschreibung

Otoskopie re

Otoskopie li

Vermutliches Auftreten der Taubheit (Zeitraum) prelingual perilingual postlingual

Art des Hörverlusts:

Vermutliche Ursache der Taubheit:

OHR DX

OHR SX

<input type="checkbox"/> GEMÄß TARIF- VERZEICHNIS	<input type="checkbox"/> ÄHNLICHER BEHELFSSTYP	<input type="checkbox"/> GEMÄß TARIF- VERZEICHNIS	<input type="checkbox"/> ÄHNLICHER BEHELFSSTYP
<input type="checkbox"/> Gruppe 1	<input type="checkbox"/> Gruppe 2	<input type="checkbox"/> Gruppe 1	<input type="checkbox"/> Gruppe 2
<input type="checkbox"/> Retroaurikulär, (NT. 21.45.06.003/009)	Luftleitung	<input type="checkbox"/> Retroaurikulär, (NT. 21.45.06.003/009)	Luftleitung
<input type="checkbox"/> Retroaurikulär, (NT. 21.45.06.006/012)	Knochenleitung	<input type="checkbox"/> Retroaurikulär, (NT. 21.45.06.006/012)	Knochenleitung
<input type="checkbox"/> Endoaurikulär		<input type="checkbox"/> Endoaurikulär	
<input type="checkbox"/> Brillenhörgerät, (NT. 21.45.09.003/009)	Luftleitung	<input type="checkbox"/> Brillenhörgerät, (NT. 21.45.09.003/009)	Luftleitung
<input type="checkbox"/> Brillenhörgerät, (NT. 21.45.09.006/012)	Knochenleitung	<input type="checkbox"/> Brillenhörgerät, (NT. 21.45.09.006/012)	Knochenleitung
<input type="checkbox"/> Vibrant Soundbridge (NT. 21.45.06.009)		<input type="checkbox"/> Vibrant Soundbridge (NT. 21.45.06.009)	
<input type="checkbox"/> Telefonische (NT. 21.36.09.003)	Kommunikatoren	<input type="checkbox"/> Telefonische Kommunikatoren (NT. 21.36.09.003)	
<input type="checkbox"/> FM-System (NT. 21.39.24.003/006)		<input type="checkbox"/> FM-System (NT. 21.39.24.003/006)	
<input type="checkbox"/> AUßERHALB TARIFVERZEICHNIS		<input type="checkbox"/> AUßERHALB TARIFVERZEICHNIS	
<input type="checkbox"/> IMPLANTIERBARES BEHELFSMITTEL	<input type="checkbox"/> IMPLANTIERBARES BEHELFSMITTEL
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Ohrpassstück aus: hartem Material (NT. 21.45.00.103) weichem Material (NT. 21.45.00.106)

Bemerkungen oder Empfehlungen:

Begründung der Erneuerung:

Das Rehabilitationsprogramm wurde vereinbart mit:

Patient/in Eltern/Tutoren anderem Sanitätspersonal

Datum,

Stempel und Unterschrift des Facharztes

.....
timbro e firma