

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

4. Gehörerkrankungen/Schwerhörigkeit

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Meniere'sche Erkrankung, Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Auf welchem Ohr)?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

3. Wann und wie kam es zu dieser Erkrankung?

4. Tragen Sie ein Hörgerät oder ist es geplant?

Ja Nein

5. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

Ja Nein

6. Ist der Hörnerv noch intakt?

Ja Nein

7. Wie hoch ist Ihr restliches Hörvermögen?

8. Leiden/Litten Sie an Schwindelanfällen?

Ja Nein

• wenn Ja, wann zuletzt?

9. Ist die Erkrankung ausgeheilt?

Ja Nein

10. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

• Wie oft wurden Sie behandelt?

11. Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)?

12. Haben Sie noch Beschwerden?

Ja Nein

• wenn Ja, welche?

13. Ist der Krankheitszustand operativ zu beheben (z. B. Implantat)?

Ja Nein

14. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

15. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?