

NAME:

HÖRMEIER

HÖRLÖSUNGEN

Wie war Ihr erstes allgemeines Erlebnis mit dem neuen Hörgerät?



Hörerlebnisse mit Ihren neuen Hörgeräten:

Ihre Hörerlebnisse	Ihre persönlichen Erlebnisse		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Einschätzung Hörsituationen: Welche Hörsituation war besonders herausfordernd?

Anmerkungen zum Tragekomfort: Bitte kreuzen Sie diejenigen Punkte an, die zutreffen.

- Verspürten Sie eine mechanische Druckstelle im Ohr? JA NEIN
- Lässt sich das Hörgeräte gut einsetzen? JA NEIN
- Fühlen Sie sich sicher mit Hörgerät im Ohr? JA NEIN

Tragedauer: Wie viele Stunden pro Tag tragen Sie das Hörgerät durchschnittlich?

Ø Tragedauer	Woche 1	Woche 2
	<input type="checkbox"/> 2-3h <input type="checkbox"/> 1/2d <input type="checkbox"/> 1d	<input type="checkbox"/> 2-3h <input type="checkbox"/> 1/2d <input type="checkbox"/> 1d

Handhabung:

- Wie lief es mit der Handhabung der Hörgeräte?
- Wie verlief der Umgang mit dem Hörgerätezubehör?

Ihre Wünsche für die Hörgeräteanpassung
