

Frågeformulär inför remiss till hörcentralen

Namn:.....

Person nummer:.....

Symtom/besvär:

Öronopererad: JA..... NEJ.....

Svårigheter höra ljudet på tv: JA..... NEJ.....

Svårigheter med samtal i telefonen: JA..... NEJ.....

Svårigheter i sociala sammanhang: JA..... NEJ.....

Tinnitus: JA..... NEJ.....

Önskar hjälpmedel: JA..... NEJ.....

Audiometri undersökning utförd:

Datum:..... Namn:.....

Öron status efter audiometri utförd av läkare:

Namn:

Undersökning OK: JA..... NEJ.....

Annan åtgärd:

190527