

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:
Aktenzeichen:

Bericht Counseling Tinnitus

1 Anamnese (aktuelle Beschwerden/Entwicklung des Tinnitus – arbeitsplatzbezogen/privat – bisherige Maßnahmen)

2 Befunde (2.2-2.6 Dokumentation im Befundbogen)

2.1 HNO-Status

Ohren

Nase

Nasenrachen

Mundrachen

2.2 Reintonaudiogramm

2.3 Unbehaglichkeitsschwelle

2.4 Tinnitusanalyse

2.5 Sprachaudiogramm

2.6 Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle

3 Einschätzung des Tinnitusgrades

- Grad 1 Tinnitus gut kompensiert, kein Leidensdruck.
- Grad 2 Tinnitus tritt hauptsächlich in Stille auf, wirkt störend bei Stress und Belastungen.
- Grad 3 Tinnitus führt zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich, Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich.
- Grad 4 Tinnitus führt zur völligen psychischen Dekompensation.

...

Aktenzeichen:	Name, Vorname:	Geburtsdatum:
---------------	----------------	---------------

4 Durchführung eines Counselings

- Grundzüge der Anatomie und Physiologie des Hörorgans, Entstehungsmechanismen des Tinnitus, Erläuterung des individuellen Tinnitus-Krankheitsmodells, Vorstellung von Behandlungsoptionen.

5 Ergebnis des Counselings

- Derzeit keine weitere Therapie erforderlich.
- Therapie wird nicht gewünscht.
- Niederschwellige Maßnahmen ausreichend (siehe 6).
- Niederschwellige Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht sinnvoll (siehe 6).
- Es droht die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit wegen der Begleitscheinungen des Tinnitus.

Grund:

6 Therapieempfehlung

6.1 Niederschwellige Maßnahmen

- Hörgeräteversorgung.
- Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelentspannung nach Jakobsen).
- Kognitive Verhaltenstherapie (10 Sitzungen).
- Retraining-Therapie.
- Selbsthilfegruppen.

Folgende Einrichtungen/Therapeutinnen/Therapeuten/anderweitige Angebote wurden besprochen und können empfohlen werden (Name, Anschrift):

6.2 Wenn niederschwellige Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht sinnvoll sind

- Stationäre Reha-Maßnahme notwendig?

Grund:

7 Erfolgskontrolle

Erneute Vorstellung am:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Aktenzeichen:	Name, Vorname:	Geburtsdatum:
---------------	----------------	---------------

Beiblatt Befund

Untersuchungsdatum:

1 Reintonaudiogramm

Bitte erstellen Sie ein Tonaudiogramm inkl. Verdeckungskurve und Unbehaglichkeitsschwelle und fügen Sie dieses dem Bericht bei.

2 Sprachaudiogramm mit Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle

Bitte fügen Sie ein Sprachaudiogramm mit Indikationsprüfung Hörgerät/Hörgerätekontrolle dem Bericht bei.

3 Bestimmung des Tinnitus

3.1 Bestimmung

rechts bei kHz, verdeckbar mit dB

links bei kHz, verdeckbar mit dB

Die Symbole bei Tinnitusbestimmung sind in das Tonaudiogramm einzutragen.

3.2 Ausprägung:

	rechts	links	beidseitig
zeitweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiefer Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brummen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>