|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Aktenzeichen: […]

**Bericht Erfolgskontrolle Tinnitusrehabilitation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Anamnese** seit letztem Counseling (aktuelle Beschwerden/Entwicklung des Tinnitus – arbeitsplatzbezogen/privat – bisherige Maßnahmen) | | | |
|  | […] | | | |
| **2** | **Ergebnis der Maßnahmen** | | | |
|  |  | Erfolgreich. | | |
|  |  | Teilweise erfolgreich. Grund: […] | | |
|  |  | Nicht erfolgreich. Grund: […] | | |
|  | Bemerkungen: | | | |
|  | […] | | | |
| **3** | **Neueinschätzung 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. | |
| **4** | **Berufliche Tätigkeit** | | | |
|  | Droht die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit wegen der Begleiterscheinungen des Tinnitus? | | | |
|  |  | Nein |  | Ja, Grund: […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktenzeichen: | Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] | […] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Weitere Empfehlung** | | | |
|  |  | Weitere Maßnahmen nicht erforderlich. | | |
|  |  | Weitere Therapie wird nicht gewünscht. | | |
|  |  | Folgende Maßnahmen werden empfohlen (Hörgeräteversorgung, Entspannungsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie, Retraining-Therapie, Selbsthilfegruppen): | | |
|  |  | […] | | |
|  |  | Niederschwellige Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht sinnvoll. | | |
|  |  |  | Stationäre Reha-Maßnahme notwendig? | |
|  |  | Grund: | | […] |
| **6** | **Weitere Erfolgskontrolle** | | | |
|  | Erneute Vorstellung am: […] | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| […] | |  |  | |
| Ort, Datum | |  | **Institutionskennzeichen (IK)** | |
| […] | |  | […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – | |
| Unterschrift und Stempel | |  |  | |
| 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 | |  |  | |  | |  | |
|  | ständig | |  |  | |  | |  | |
|  | hoher Ton | |  |  | |  | |  | |
|  | tiefer Ton | |  |  | |  | |  | |
|  | Rauschen | |  |  | |  | |  | |
|  | Pfeifen | |  |  | |  | |  | |
|  | Brummen | |  |  | |  | |  | |
|  | Zischen | |  |  | |  | |  | |
|  | pulsierend | |  |  | |  | |  | |