**Übersicht angepasste Hörgeräte**

**Name, Vorname, Geburtsdatum:** […]

**Datum:** […]

**Es handelt sich um eine** [ ]  **Erstversorgung /** [ ]  **Folgeversorgung. Wenn ja, Bezeichnung des bisherigen Hörgeräts:** […]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **HMVZ-Nr:** | **Hörgeräte**(Bitte Originalname **nicht** Eigenlabelbezeichnung) | **Kategorie nach Anlage 2 VbgHG** | **Sprachverständnis** | **Gesamtpreis****nur für Kat. 3****(inkl. Otoplastik)** | **Bemerkungen**(z. B. Ergebnisse der Erprobung. Gründe für die Auswahl des vorgeschlagenen Geräts) |
| **im Freifeld 65 dB****ohne Stör­geräusch** | **im Freifeld 65 dB****mit Stör­geräusch 60 dB****(Pflichtangabe bei Kat.3 KVA)** |
| **1.** | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
| **2.** | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
| **3.** | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
| **4.** | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |