

Aanvraag solo-apparatuur / werkplekaanpassing



Een **onvolledig** ingevuld formulier wordt niet in behandeling genomen.

Patiënt-/klantnummer	_____	Naam school/werk	_____
Naam	_____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	Adres school/werk	_____
Voornaam	_____	Postcode	_____
Geboortedatum	_____	Plaats	_____
Functieomschrijving	_____	Firmanaam audicien	_____
Adres privé	_____	Tel.nr. audicien	_____
PC/ Woonplaats	_____	E-mail audicien	_____
E-mailadres	_____	Plaats	_____
Telefoon mobiel	_____	Zorgverzekeraar*	_____
Telefoon school/werk	_____	Polisnummer	_____
Uw werktijden	_____	BSN-nummer	_____

Beantwoord onderstaande vragen zo goed mogelijk voor een snelle en adequate afhandeling

In welke situaties heeft u problemen met horen terwijl u wel de hoortoestellen, CI, Baha draagt?				
Scholing	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Speciaal onderwijs	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Voltijd SO	<input type="checkbox"/> SO gecombineerd met regulier onderwijs	
Cursus/presentatie	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Sociaal isolement	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren mobiel	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn draadloos (dect)	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn draadgebonden	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn via headset	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Gesprek 1 op 1	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Hoe vaak overlegt u met 2-4 personen?	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week
Hoe vaak overlegt u met 4-8 personen?	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week
Hoe vaak overlegt u met > 8 personen?	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2 x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week
Werk aan balie/receptie	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Werkzaam in kantoortuin	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Gesprek op afstand (> 2 meter)	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak

Beschrijf hier in uw eigen woorden uw motivatie waarom u aanvullende apparatuur nodig heeft

Uw gehoor

Voeg bij dit formulier **altijd** een recent audiogram (gehoortest) zonder en met hoortoestellen.

Wanneer er geen of nauwelijks gehoorverlies aanwezig is, echter wel problemen met spraakverstaan in ruis.

Dan indien mogelijk aantonen met spraak-in-ruistest, bij kinderen evt. de Chaps- vragenlijst.

Uw hoortoestellen	Linker oor	Rechter oor
Merk en model		
Type toestel	<input type="checkbox"/> achter het oor <input type="checkbox"/> In het oor	<input type="checkbox"/> Achter het oor <input type="checkbox"/> In het oor
Optie toestel	<input type="checkbox"/> Ringleiding <input type="checkbox"/> Direct Audio In <input type="checkbox"/> Streaming	<input type="checkbox"/> Ringleiding <input type="checkbox"/> Direct Audio In <input type="checkbox"/> Streaming
Kleur (alleen voor Phonak)	_____	_____
Jaar van aanschaf	_____	_____

Heeft u accessoires bij uw hoortoestellen? Zo ja, geef aan merk en type

Heeft u al eerder solo gehad? Nee Ja, in _____ (maand en jaar)
merk en samenstelling:

Op de voorzijde heeft u ingevuld in welke situaties u nog hoorproblemen heeft. Welke problemen heeft u nog in die situaties?

In te vullen door de audioloog van het Audiologisch Centrum of KNO-arts*

(Indien los voorschrift/ recept aanwezig, onderstaande niet noodzakelijk)

De hoortoestellen die verzekerde momenteel heeft zijn adequaat voor zijn huidige gehoorverlies ja / nee

Solo-apparatuur is het enige extra hulpmiddel dat adequaat is bij de zorgvraag van verzekerde ja / nee

Indien nee bij een van deze vragen, dan graag separaat een motivatie

Functionele omschrijving van de op proef uit te zetten configuratie:

Ondergetekende ondersteunt de zorgvraag van verzekerde en zal de voortgang bewaken en de resultaten evalueren met verzekerde.

Naam: _____ Datum: _____ Handtekening:

_____ Stempel

*Bij VGZ en De Friesland verzekerden alleen een aanvraag van audioloog geldig!

Ondertekening door de verzekerde

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te gaan met het doorsturen van de persoonlijke gegevens naar Phonak en Zorgverzekeraar voor de aanvraag van de apparatuur.

Naam: _____ Datum: _____ Handtekening:

Stuur het formulier met audiogram op naar Phonak via fax 088-600 88 51 of proefaanvraag@phonak.com (ingescand)

Vragen: Bel ons tijdens kantooruren 088-600 88 50