

Formular: Gutachtliche Bescheinigung der Taubheit ohne nutzbare Hörreste

zum „Leitfaden für Betriebsärzte zur Beschäftigung von Schwerhörigen und Gehörlosen in Lärmereichen“

Hals-Nasen-Ohren-Fachärztliche Feststellung einer Taubheit ohne nutzbare Hörreste

Bei Herrn, Frau

Name Vorname geb. am

wohnhaft

wurde durch (eine) Hals-Nasen-Ohren-fachärztliche(n) Untersuchung(en)

am

nach Ton- und Sprachaudiogramm eine Gehörlosigkeit ohne verwertbare Hörreste festgestellt.

Der Befund wurde durch objektive Hörprüfung, z. B. ERA, Prüfung der Otoakustischen Emissionen, bestätigt.

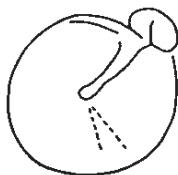
Untersuchungsarten Datum

.....
.....

OTOSKOPIEBEFUND

RECHTS Äußerer Gehörgang LINKS

- | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unauffällig | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sehr eng | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Feucht | <input type="checkbox"/> |



RECHTS Trommelfell LINKS

- | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unauffällig | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Zentral defekt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Randständig defekt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Zustand nach Operation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nicht zu beurteilen | <input type="checkbox"/> |

