

EUHA-Leitlinie

Audiotherapie in der Hörakustik

Leitlinie 10-01

Anlage 1: Fragebogen zur Statusbestimmung

EUHA

Europäische Union der
Hörgeräteakustiker e.V.

Audiotherapie in der Hörakustik – Statusbestimmung

Name: Vorname: geb.:

Datum: Audiotherapeut:

Art der Hörsystemversorgung:

Statusbestimmung: vor Beginn der Audiotherapie am Ende der Audiotherapie

Nennen Sie die zwei wichtigsten Hörsituationen, für die Sie sich eine Verbesserung wünschen: (nur vor Beginn ausfüllen)

1.	2.
----	----

Wie gut sind Sie innerhalb der letzten Woche in Situation 1 zurechtgekommen?

gar nicht	nur wenig	mittelmäßig	gut	sehr gut
-----------	-----------	-------------	-----	----------

Wie gut sind Sie innerhalb der letzten Woche in Situation 2 zurechtgekommen?

gar nicht	nur wenig	mittelmäßig	gut	sehr gut
-----------	-----------	-------------	-----	----------

Wie war die tägliche Tragedauer des Hörsystems innerhalb der letzten Woche?

gar nicht	< 1 Stunde	1 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	ständig
-----------	------------	-----------------	-----------------	---------

Wie wirkt sich das Hörsystem auf Ihr Wohlbefinden aus?

deutliche Minderung des Wohlbefindens	geringe Minderung des Wohlbefindens	keine Auswirkung	geringe Steigerung des Wohlbefindens	deutliche Steigerung des Wohlbefindens
--	--	------------------	---	---

Bewegen Sie sich selbstbewusst und ohne Zurückhaltung in Ihrem Höralltag?

nein, ich bin sehr unsicher	nein, häufig bin ich unsicher	es geht so	ja, in fast jeder Situation	ja, ohne jede Einschränkung
--------------------------------	----------------------------------	------------	--------------------------------	--------------------------------

Wie häufig verstehen Sie in Gesprächen ungenügend oder falsch?

ständig	oft	manchmal	selten	gar nicht
---------	-----	----------	--------	-----------

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie nicht verstehen?

--

Wie sehr würden Sie ihr Hörsystem vermissen?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	vorwiegend	sehr
-----------	------	-------------	------------	------

Bitte formulieren Sie Ihr ganz persönliches Ziel für die nun folgende Audiotherapie:

--

Wurde Ihr persönliches Ziel erfüllt? (nur am Ende der Audiotherapie ausfüllen)

nicht erfüllt	kaum erfüllt	in Teilen erfüllt	weitgehend erfüllt	voll erfüllt
---------------	--------------	-------------------	--------------------	--------------