

# Verordnungsformular zur Hörgeräte-Erst- und Folgeexpertise

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

## Arbeitgeber

Name

Strasse, PLZ Ort

## Angaben zur versicherten Person

Vor- / Nachname

SV-Nr.

Strasse

Geb.datum/Geschlecht

PLZ Ort

Telefon

## Angaben zur Art und Ursache der Schwerhörigkeit (Diagnose und Ätiologie)

Diagnose (Falls zutreffend verschiedene Teilursachen angeben, inkl. Seitenangabe)

Hinweise zur Kausalität, zu relevanten Begleiterkrankungen, zu Besonderheiten

Falls der Versicherte bzw. der Facharzt der Ansicht ist, der Schaden könnte die Militärversicherung betreffen, bitte begründen

Art und Zeitpunkt des Ereignisses

Art und Schwere der Erkrankung

## Empfehlungen des Expertenarztes/der Expertenärztin \*)

Erstversorgung

Folgeversorgung

regulär

vorzeitig

Begründung bei vorzeitiger Folgeversorgung

Datum letzten Versorgung

Kostenträger der letzten Versorgung

Zunahme binauraler Gesamt-Hörverlust absolut > 10%

Andere Gründe

Monaural

Binaural

Standardversorgung

Komplexe Versorgung

CROS-Versorgung

Bi-CROS-Versorgung

Veredelung der Otoplastik/Schale

Tinnitus-Noiser alleine

FM-Anlagen / ALDs

Abseh- und Hörtraining

\*) Erst nach Vorliegen der formlosen Kostengutsprache des Versicherers beginnt der Vertragslieferant (Akustiker) mit einer vergleichenden Hörgeräteanpassung

## Expertenarzt / Expertenärztin

Name

GLN, ZSR

Strasse

Telefon

PLZ Ort

Mail

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

# Verordnungsformular zur Hörgeräte-Erst- und Folgeexpertise

1. Angaben zum Ausmass der Schwerhörigkeit (vgl. Leitfaden Kapitel 5.1.)			
	rechts		links
1.1 Tönhörverlust (CPT-AMA)		%	%
1.2 Sprachhörverlust (Sozialindex, Fournier)		%	%
1.3 Binauraler Gesamt-Hörverlust		%	
1.4 Gesamt-Hörverlust kann nicht berechnet werden, Hörverlust geschätzt auf		%	
Bemerkungen			
2. Angaben zu den Anspruchsvoraussetzungen (Zutreffendes ankreuzen)			
2.1 Binauraler Gesamt-Hörverlust gemäss Leitfaden Kapitel 5. mindestens 15%			Ja <input type="checkbox"/>
2.2 Bei einseitiger Schwerhörigkeit : Monauraler Hörverlust nach CPT-AMA > 25%			Ja <input type="checkbox"/>
2.3 Bei monaurale Versorgung Seitenangabe, sofern notwendig		rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>
2.4 Binaurale Versorgung gemäss Leitfaden Kapitel 5.2. ist indiziert		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
- Unterschied Hörverlustes nach CPT-AMA zwischen rechts und links < 30%			Ja <input type="checkbox"/>
- Unterschied Diskriminationsverlust in Ruhe zwischen rechts und links < 50%			Ja <input type="checkbox"/>
- Unterschied für 50% Sprachverstehen zwischen links und rechts < 50 dB SPL			Ja <input type="checkbox"/>
- Keine Kontraindikation für eine binaurale Hörgeräteversorgung			Ja <input type="checkbox"/>
2.5 Begründung für eine Ausnahmeindikation zur binauralen Versorgung			
3. Angaben zur Hörgeräteversorgung (vgl. Leitfaden Kapitel 6.1.)			
Die komplexe Versorgung ist auf Grund folgender Bedingung(en) erforderlich			
3.1 Hörverlust nach CPT an beiden Ohren je > 75%			Ja <input type="checkbox"/>
3.2 Einsilberverständnis am besser diskriminierenden Ohr bei 70 dB SPL < 50%			Ja <input type="checkbox"/>
3.3 Helmkurve mit maximaler Sprachdiskrimination < 60% beidseits			Ja <input type="checkbox"/>
3.4 Hochtonsteilabfall	- Hörverlust (HV) bei 500 Hz höchstens 20 dB und		Ja <input type="checkbox"/>
	- Hörverlust bei 2'000 Hz mindestens 30 dB und		Ja <input type="checkbox"/>
	- Zunahme HV von 1 auf 2 oder von 2 auf 4 kHz min. 30 dB		Ja <input type="checkbox"/>
3.5 Sehbehinderung	- Visus korrigiert < 0.33 oder		Ja <input type="checkbox"/>
	- Vergrösserungsbedarf > 1.25 oder		Ja <input type="checkbox"/>
	- horizontal gemessenes Gesichtsfeld < 25°		Ja <input type="checkbox"/>
3.6 Radikaloperationskavität, posttraumatischer Defektzustand / Narben			Ja <input type="checkbox"/>
3.7 Motorische und / oder geistige Behinderung			Ja <input type="checkbox"/>
3.8 Ausgeprägte kognitive Einschränkungen (z.B. posttraumatisches POS)			Ja <input type="checkbox"/>
3.9 Spezielle berufliche Anforderungen (notwendige Kriterien vgl. Leitfaden Seite 9)			Ja <input type="checkbox"/>
Begründung			
3.10 Kombigerät mit Noiserteil indiziert			Ja <input type="checkbox"/>
Begründung			

# Verordnungsformular zur Hörgeräte-Erst- und Folgeexpertise

## 4. Begründung zur Indikation von Spezialform der Hörgeräteversorgung (vgl. Leitfaden Kapitel 6.2.1.)

4.1 Veredelung der Otoplastik oder der Schale, CROS-Versorgung oder Bi-CROS-Versorgung

Begründung

4.2 Tinnitus-Noiser alleine (vgl. Leitfaden Kapitel 6.2.3.)

rechts

links

Begründung

## 5. Begründung für Ergänzende Massnahmen (vgl. Leitfaden Kapitel 6.3.)

5.1 Abseh- und Hörtraining, FM-Anlagen oder andere technische Hilfsmittel (ALDs)

Beschreibung,  
Begründung

## 6. Zusätzliche Angaben oder Bemerkungen

Beilagen: - Reinton und Sprachaudiogramm  
- weitere Dokumente für die Beurteilung