



X = Vänster öra / O = Höger öra Fyll i hörtrösklarna i de blå och röda rutorna!

Önskas klart
ÅÅÅÅ-MM-DD

Klinikuppgifter

Lev. adress klinik

Utprovare

Telnr, direktnr

E-post

Fakturaadress

Brukaruppgifter

Skickas till brukare Skickas till klinik

Personnr ÅÅMMDD-NNNN

Namn

Adress

Postnr & Ort

Insatssortiment



Helskal



Halvskal



Inbyggd hörtelefon till UP



Hörselgångsinsats kanal



Hörselgångsinsats med vinge



Hel silhuett Skeleton



Halv silhuett Semi Skeleton



Punktinsats till RIE



Specialvent till ljudslang

Standard insatstyp

	Vä	Hö
Helskal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvskal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselgångsinsats (kanal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselgångsinsats med vinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselgångsinsats med lång vinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hel Silhuett (Skeleton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halv Silhuett (Semi Skeleton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Material

	Vä	Hö
Mjuk (allergivänlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hård (allergivänlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keramik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Typ av knä (gäller ej Specialvent & Punktinsats och insatser i mjukt material)

	Vä	Hö
Fast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roterbart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punktinsats (äldre hörtelefoner)

	Vä	Hö	Mjuk	Hård
Punktinsats S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktinsats NP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktinsats HP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktinsats UP (endast LiNX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Längd på UP hörtelefon	—	—		
Vinge önskas (endast hård)	JA	<input type="checkbox"/>		

Övriga önskemål

Punktinsats (nya hörtelefoner, SureFit)

	Vä	Hö	Mjuk	Hård
LP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Längd på UP hörtelefon	—	—		
Vinge önskas (endast hård)	JA	<input type="checkbox"/>		

Insats till Thintube

	Vä	Hö
Specialvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga val

Ventilation		Vä	Hö
Ingen ventilation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	1,0 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	1,5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	1,8 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	2,0 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	2,5 mm*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	3,0 mm*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lcke justerbar vent	4,0 mm*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så stor vent som möjligt (*ej på mjuka insatser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utdragstråd

Vä	Hö
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scannat avtryck finns
(max 1 år gammalt)