

Välkommen till Hörcentralen

Vänligen fyll i inför besöket.

Namn & personnr

Telefonnummermobil.....

Godkänner sms-avisering till mobiltelefon Ja

Pensionär Yrkesverksam..... Annat.....

Jag är opererad i örat Ja Nej om **Ja** vilket öra

Anhörig namn & telefonnummer.....

	Stämmer	Stämmer ibland	Stämmer inte	Ej aktuellt
Jag har svårighet att följa med i samtal med en person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vill ha högre ljud på tv/radio än andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårigheter att följa med vid möten/föredrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårigheter i samtal med 3-4 personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårigheter i samtal med fler än 10 personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag säger ofta "Va?" "Vad sa du?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårigheter vid samtal i telefonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag hör inte när det ringer på dörren/ i telefonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever öronsusningar/pip i öronen (tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har haft kontakt med syncentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga kommentarer/förväntningar:.....

.....

Markera på linjen nedan hur motiverad du är att prova hörapparat:

Mycket tveksam ----- Mycket motiverad

Markera på linjen nedan i vilken utsträckning du tror dig komma att använda hörapparat.

Vid vissa situationer -----Hela dagarna