

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes (Stempel)

(Datum)

HNO-ärztliche Bescheinigung

zur Erlangung der Hilfe für Gehörlose nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	geboren am:
PLZ, Wohnort, Straße	

1. Anamnese: _____ in Behandlung
seit: _____

2. Hörvermögen (Befund)

2.1 Sprachaudiogramm mit 60 dB, 80 dB und 100 dB
(Audiogramme in Kopie bitte beifügen)

2.2 Tonaudiogramm im Frequenzbereich von 500 - 4000 Hz
(Audiogramme in Kopie bitte beifügen)

2.3 Entspricht das Hörvermögen den Meßergebnissen? ☐ ja ☐ nein

2.4 Angaben zur Verständlichkeit der Lautsprache sowie zum Wortschatz

3. Ergibt sich aus den ärztlichen Unterlagen, dass die Gehörlosigkeit (Taubheit und Taubheit grenzen-
der Schwerhörigkeit) bereits bei Geburt oder bis zur Vollendung des 18. Lebens jahres eingetreten
ist?

☐ ja, weil _____

☐ nein, sie ist später und zwar am _____ eingetreten

☐ lässt sich aus den Unterlagen nicht entnehmen

Möglicherweise kann Auskunft erteilen: _____

(Unterschrift)