**Ansøgning om genudlevering af høreapparater**

**Vigtig info:**

**Skemaet kan kun benyttes af borgere der bor i Region Sjælland. Bor du i en anden region, bedes du henvende dig der.**

**Det er først muligt at søge ½ år, før dine nuværende høreapparater udløber (4 års garanti).**

**Har du aldrig haft høreapparat kan dette skema *ikke* benyttes.** Du skal i stedet kontakte en praktiserende ørelæge, der foretager en undersøgelse af din hørelse og, hvis der er behov, sender en henvisning i afdelingen.

**OBS!** For at vi kan lave en ny høreprøve skal vi kunne se dine trommehinder. Det er derfor vigtigt at du har været forbi din læge eller ørelæge og fået renset dine ører inden du kommer hos os.

Obligatoriske felter til skemaet:

* CPR-nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Efternavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fornavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* By \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Kommune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tlf. /stationær \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tlf. mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hvordan fik du sidst dit høreapparat/høreapparater? (sæt x)**

**□** På *audiologisk afdeling* gennem det offentlige

**□** Via puljeordning/udlicitering hos *privatpraktiserende ørelæge* via det offentlige

**□** Købt *privat* med offentligt tilskud

**Dato for seneste udlevering af høreapparat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Er du tidligere blevet opereret i ørerne?** (gælder ikke anlæggelse af dræn)

**□** Ja – **Hvis ja, hvad fik du lavet?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** Nej

**Har du handicaps, der kræver særlige hensyn** (blind, sidder i kørestol etc.)

**□** Ja - **Hvis ja - hvilke?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□** Nej

**Har du behov for tegnsprogstolk?**

**□** Ja

**□** Nej

**Har du behov for fremmedsproget tolk?**

**□** Ja – **Hvis ja, hvilket sprog? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□** Nej

**Evt. bemærkninger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dato: \_\_\_/\_\_\_20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Underskrift

Indsendes til:

Audiologisk Afdeling

Lykkebækvej 12

4600 Køge

Mail: [suh-hcsj@regionsjaelland.dk](mailto:suh-hcsj@regionsjaelland.dk)

Tlf.: 47 32 38 80