

Ansøgning om fornyet høreapparatbehandling

Vi sender hermed et ansøgningsskema på grundlag af din henvendelse vedrørende fornyet høreapparat. Venligst besvar følgende spørgsmål og send ansøgningen retur til:

Aarhus Universitetshospital
Audiologisk Klinik
Peter Sabroes gade 6 – bygn. 14F
8000 Aarhus C

auh.audiologisk@rm.dk

ATT: "Ansøgning om fornyet høreapparatsbehandling"

| | SKRIV VENLIGST TYDELIGT (KUGLEPEN) OG MED BLOKBOGSTAVER |
|--|--|
| Dit fulde navn | |
| Din fødselsdato | |
| Din adresse | |
| Hvornår (dato) har du fået dine høreapparater? OBS: hvis ældre end 8 år kontakt din ørelæge. | |
| Hvor har du sidst fået udleveret dine høreapparater? Navn på ørelæge og klinik. | |
| Har du komplikationer med ørerne? (Eksempelvis kløe, eksem, flåd) | |
| Er du meget generet af tinnitus? | |
| Er du blevet opereret i ørerne? | |
| Vil du give samtykke til at vi henter oplysninger i din E-journal? | |
| Vil du give samtykke til, at vi sender en SMS med påmindelse om tid? Hvis ja, skriv venligst dit mobilnummer. | |

Når vi har modtaget det udfyldte skema, vil du efterfølgende modtage indkaldelse til fornyet behandling.

Med venlig hilsen
Audiologisk Klinik