

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	
Hvilket mærke er dine høreapparater?	
Hvornår har du fået dine høreapparater? (Hvis de er ældre end 8 år, bedes du kontakte en ørelæge mhp henvisning til Audiologisk Klinik)	
Hvor har du sidst fået udleveret dine høreapparater?	
Har du komplikationer med ørerne? (Eksempelvis kløe, eksem, flåd)	
Har du behandlingskrævende tinnitus?	
Er du blevet opereret i ørerne?	
Ønsker du henvisning til lokalklinik? (P.P. Ørumsgade/Randers/Horsens)	
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