

Name, Vorname des/der Untersuchten

Angaben zur Sehteststelle

Eine Bescheinigung einer anerkannten Sehteststelle mit der Bestätigung eines ausreichenden Sehvermögens hat vorgelegen.

Ja

Nein

Name der anerkannten Sehteststelle: _____

Anschrift der Sehteststelle: _____

Datum der Untersuchung: _____

Angaben zum Hörgeräteakustikbetrieb

Eine Bescheinigung des Hörgeräteakustikbetriebes mit der Bestätigung des ausreichenden Hörvermögens hat vorgelegen.

Ja

Nein

Name des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Anschrift des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Datum der Untersuchung: _____

(Ort, Datum)

Stempel mit Anschrift und
Unterschrift des Arztes/der Ärztin