



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