

Attest über Hörvermögen **Hochseeausweis 340.10**

Name/Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Strasse/Nr. _____
 PLZ/Wohnort _____

- Die Prüfung über genügendes Hörvermögen muss durch eine Ärztin oder einen Arzt oder ein Hörstudio vorgenommen und die Ergebnisse im Formular eingetragen werden.
- Anforderungen an das Hörvermögen:

Hörweite für Konversationssprache beidseitig 3 m, bei einseitiger Taubheit 6 m **oder** im Audiogramm auf einer Seite in den Frequenzen 125Hz bis 1000Hz nicht schlechter als 30dB und bei 2000Hz nicht schlechter als 40dB (ohne Hörhilfe).

Resultate:

Konversationssprache:

rechts:	erfüllt	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>
links:	erfüllt	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>
bei einseitiger Taubheit:	erfüllt	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>

oder (falls Anforderungen mit Konversationssprache nicht erfüllt)

Audiogramm Frequenzen:

125Hz bis 1000Hz nicht schlechter als 30dB:	erfüllt	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>
2000Hz nicht schlechter als 40dB:	erfüllt	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>

Anforderungen ohne Hörgerät erfüllt: ja nein

Muss Hörgerät tragen: ja nein

3. Bemerkungen

Datum: _____

Stempel + Unterschrift
 Ärztin / Arzt oder
 Hörstudio