

Tevredenheidsverklaring Gehoorhulpmiddelen

Deze verklaring is bedoeld om vast te stellen of u voldoende bent geïnformeerd over de mogelijkheden met betrekking tot audiologische hulpmiddelen en of u tevreden bent met de adequate hooroplossing die de audicien u heeft aangeboden.

In te vullen door behandelend audicien

Persoonsgegevens verzekerde

Voorletters en naam : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Geboortedatum : - - _____

Zorgverzekeraar : _____

Polisnummer : _____

Burgerservicenummer : _____

Klantnummer/dossiernummer : _____

Gegevens audicien

Naam audicien : _____

Naam audicienbedrijf : _____

Adres (winkellocatie) : _____

Postcode en woonplaats : _____

Datum aanschaf hoortoestel : - - _____

Merk en type hoortoestel : _____

Type oorstukje : _____

In te vullen door audiciens en verzekerde

Audiologische zorgvraag

1. Uw audiologische zorgvraag wordt vastgesteld op basis van het Protocol Hoorzorg. Op basis van dit Protocol is uw audiologische zorgvraag vastgesteld in een categorie. Wilt u hieronder aangeven in welke categorie u bent ingedeeld.

Audiologische zorgvraag/hooroplossing categorie: 1 2 3 4 5

2. Eerste proefperiode van een hoortoestel uit boven vermelde hooroplossing.

Merk en type : _____

Datum begin proefperiode : ____ - ____ - ____

Datum einde proefperiode : ____ - ____ - ____

Resultaat : _____

3. Tweede proefperiode van een hoortoestel uit boven vermelde hooroplossing.

Merk en type : _____

Datum begin proefperiode : ____ - ____ - ____

Datum einde proefperiode : ____ - ____ - ____

Resultaat : _____

Gaarne motivatie als geen tweede proefperiode is geweest:

In te vullen door verzekerde

4. Heeft u na twee proefperioden gekozen voor een duurder(e) hoortoestel(len) dan de hooroplossing waarop de audicien naar aanleiding van het Protocol Hoorzorg voor u is uitgekomen.

Nee, ga door naar vraag 7 Ja

5. Waarom is door uw keuze op een (duurder) hoortoestel uit een andere hooroplossingsgroep gevallen?

6. Is met u besproken dat de meerkosten van de hooroplossing boven de geïndiceerde hooroplossing volledig door u zelf betaald dienen te worden?

Nee Ja

7. Bent u geïnformeerd over het feit dat de wettelijke 25% eigen bijdrage, en de eventuele meerkosten van een hooroplossing uit een niet-geïndiceerde oplossingsgroep, door u aan de audicien betaald dienen te worden?

Nee Ja

8. Heeft de audicien u geïnformeerd dat de gekozen hooroplossing inclusief oorstukjes en reparatie(s) voor een periode van vijf jaar is?

Nee Ja

9. Bent u op de hoogte van het feit dat, indien er sprake is van toerekenbare onachtzaamheid bij verlies, diefstal, onvoorzichtig gebruik of verwaarlozing van het toestel, er geen aanspraak bestaat op vervanging of herstel van het hoortoestel binnen de normale gebruikstermijn?

Nee Ja

10. Bent u tevreden over de informatieverstrekking van de audicien?

Nee, omdat _____

Ja, omdat _____

Ondergetekende verklaart tevreden te zijn over de aanschaf/wijziging van het/de hoortoestel(len) en dat de proefperiode succesvol is verlopen.

Plaats : _____ Datum : ____ - ____ - ____

Handtekening verzekerde : _____