
Fragebogen zur Anmeldung von Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

Geschlecht: _____

Krankenkasse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Grund der Anmeldung (bitte ankreuzen)

- ☐ Hörstörung
- ☐ Sprachstörung ☐ leichten Grades ☐ schweren Grades
- ☐ Sprachentwicklungsverzögerung
- ☐ Stimmstörung (z.B. Heiserkeit) ☐ Schluckstörung
- ☐ Stottern

Zusätzliche Angaben:

(Seit wann besteht die Störung? Werden Hörgeräte getragen? Seit wann? Zusätzliche Erkrankungen):
