

Hallásállapot felmérő

Név: Szül.idő.:

1.Kérjük, sorolja fel hogy az elmúlt 10 évben milyen munkahelyeken és munkakörökben dolgozott!

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

2. Kérjük, - amennyiben volt-sorolja fel az elmúlt 10 évben Önt ért üzemi illetve munkahelyi baleseteket!

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

3.Kérjük, adja meg hogy az előző 10 évben:

Zajos munkakörülmények között dolgozott-e?	igen	nem
Végzett-e az otthonában vagy egyéb helyen jelentős zajjal járó munkatevékenységet?(pl.: flexelés, kovácsolás...stb)	igen	nem
Hallás vizsgálaton vett-e részt?	igen	nem
Hallásvédőt használt-e munkája során?	igen	nem

4. Hallást befolyásoló kórtörténet

Családjában van-e süket-néma, vagy nagyot halló?	igen	nem
Végeztek-e Önnél valaha hallószervi műtétet?	igen	nem
Gyakran előfordul-e Önnél középfül-gyulladás?	igen	nem
Van-e egyéb közép vagy belsőfül betegsége?	igen	nem
Szokott-e fülhallgatóval zenét/rádiót hallgatni?	igen	nem

Háziorvosának neve:.....

Kelt:.....

.....
aláírás