|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

**Hörgeräteversorgung: Ärztliche Expertise**

#### Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Sehr geehrte Damen und Herren

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer Anmeldung für eine Hörgeräteversorgung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Bitte füllen Sie den Arztbericht aus und senden ihn so rasch als möglich zurück.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

**Ärztliche Erstexpertise**

Ärztliche Erstexpertise für die Beurteilung des Anspruchs . Bitte erstellen Sie eine:

Expertise IV und IV Besitzstand  Expertise AHV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

1. **Kinderversorgung**

ja

Handelt es sich um eine Kinderversorgung, erstellen Sie bitte einen formlosen Bericht und legen Sie Ton-/Sprachaudiogramme bei.

1. **Hörverlust und weitere Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rechts in % | links in % |
| Hörverlust Reintonaudiogramm (rechts/links) |  |  |
| Hörverlust Sprachaudiogramm (rechts/links) |  |  |

**2.1 IV-Versicherte und IV-Besitzständer ab 18 Jahren**

Gesamt-Hörverlust, erreichter Wert (in %)

Schwellenwert (mind. 20%) wird erreicht  ja  nein

Erwerbstätig oder Tätigkeit im Aufgabenbereich  ja  nein

**2.2 AHV-Versicherte**

Gesamt-Hörverlust, erreichter Wert (in %)

Schwellenwert (mind. 35%) wird erreicht  ja  nein

Versorgung binaural  ja  nein

1. **Binaurale Versorgung (IV und IV-Besitzstand)**

Der Unterschied des Hörverlustes nach CPT-AMA zwischen rechts und links beträgt weniger als 30%  ja  nein

Der Unterschied des Diskriminationsverlustes im Sprachtest in Ruhe zwischen rechts und links beträgt weniger als 50%  ja  nein

Der Unterschied der Sprachhörschwelle (50%ige Verständlichkeit für Zahlen, Zweisilber oder Einsilber) zwischen links und rechts beträgt weniger

als 50dB  ja  nein

Für eine binaurale Versorgung müssen mindestens 2 der 3 Kriterien erfüllt sein. Binaurale Versorgung?  ja  nein

1. **Zusätzliche Erschwernisse**

(Nur für IV-Versicherte und IV-Besitzständer ab 18 Jahren)

Erschwernisse, welche voraussichtlich grosse Schwierigkeiten bei der Versorgung bereiten werden

Relevante Sehbehinderung  ja  nein

Behinderungen, welche die Gerätebedienung relevant beeinträchtigen

ja  nein

Wenn ja, Beschreibung der Behinderung

Audiologische Erschwernisse für die Hörgeräteanpassung

ja  nein

Wenn ja, Beschreibung der Erschwernisse

1. **Vorzeitige Wiederversorgung**

Ohne die vollständigen Angaben kann keine vorzeitige Wiederversorgung geltend gemacht werden. Fehlende Daten sind bei Arztkollegen, dem Hörgerätsanbieter oder bei der IV-Stelle zu erfragen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum der letzten Versorgung |  | |
| Hörgerätetyp (METAS-Nummer) |  | |
|  | rechts | links |
| Der Anpassbereich des Gerätes (nach Angabe des Herstellers oder mittels Messung) genügt aktuell in den folgenden Frequenzen nicht mehr |  |  |
| Hörverlust Reintonaudiogramm (in %) |  |  |
| Hörverlust Sprachaudiogramm (in %) |  |  |
| Zunahme des prozentualen Gesamt-Hörverlustes in Prozentpunkten | |  |

Zunahme des Gesamt-Hörverlustes beträgt

>20 Prozentpunkte  ja  nein

1. **Kurzgefasste Anamnese und Ohrbefund**

Angaben über Ursache und Zeitpunkt des Beginns der Schwerhörigkeit und allfällige Angaben über das bisherige Hörsystem

1. **Unfall und Berufskrankheit**

Ist die Hörschädigung auf einen Unfall, eine anerkannte Berufskrankheit oder eine militärisch versicherte Schädigung des Ohres zurückzuführen?

ja  nein

1. **Unterschrift**

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Experten/der Expertin

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

1. **Beilagen**

Wir bitten Sie, Kopien der Ton- und Sprachaudiogramme beizulegen. Bei vorzeitiger Wiederversorgung benötigen wir zusätzlich die Ton- und Sprachaudiogramme, welche der bisherigen Versorgung zugrunde liegen.