



ÄRZTLICHES HNO-ATTEST

Bei Frau / Herr _____ geb. am _____,

Anschrift _____ wurde in der

heutigen Untersuchung folgender Befund festgestellt:

Otoskopie:

(Angaben
verpflichtend)

Audiometrie:

Audiogramm bitte als Anlage beifügen (verpflichtend)

Rhinoskopie:

(Angaben
verpflichtend)

Lupenlaryngoskopie: (Angaben verpflichtend)

Stimmlippen:

Länge, Form, ggf. Anomalien _____

grobe Beweglichkeit _____

Schleimhaut _____

organische Veränderungen _____

Besonderheiten _____

Eine Stroboskopie wurde durchgeführt (Ergebnis siehe nächste Seite).

Die Patient*in ist aus ärztlich-medizinischer Sicht für den Beruf der Logopäd*in

geeignet nicht geeignet.

Datum

Stempel der Praxis / Unterschrift



Stroboskopie (optional, wenn Stroboskop vorhanden):

(Mittlere Sprechstimmlage: Hz)

Symmetrie:

Gleichzeitigkeit:

exakt

nicht exakt

Besonderheiten

Gleichseitigkeit

exakt

nicht exakt

Besonderheiten

Amplituden:

rechts	links
<input type="checkbox"/> durchschlagend	<input type="checkbox"/> durchschlagend
<input type="checkbox"/> erweitert	<input type="checkbox"/> erweitert
<input type="checkbox"/> gering erweitert	<input type="checkbox"/> gering erweitert
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> gering verkürzt	<input type="checkbox"/> gering verkürzt
<input type="checkbox"/> verkürzt	<input type="checkbox"/> verkürzt
<input type="checkbox"/> strob. Stillstand	<input type="checkbox"/> strob. Stillstand
Besonderheiten	

RKV:

rechts	links
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermindert
<input type="checkbox"/> stark vermindert	<input type="checkbox"/> stark vermindert
<input type="checkbox"/> aufgehoben	<input type="checkbox"/> aufgehoben
Besonderheiten	

Glottisschluss

<input type="checkbox"/> komplett
<input type="checkbox"/> vorn inkomplett
<input type="checkbox"/> hinten inkomplett
<input type="checkbox"/> durchgehend inkomplett
Besonderheiten

Bemerkungen
