



## 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 zu behandelnde Person ist aus ärztlich-medizinischer Sicht für den Logopädie-Beruf

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

---

---

---

---

---