

קלינאית התקשורת ממלא/ת השאלון:  
שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
מס. רישיון: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_  
שם המכון: \_\_\_\_\_  
כתובת המכון: \_\_\_\_\_

### שאלון להתאמת מכשיר שמיעה

#### א. פרטים אישיים

שם: (פרטי) \_\_\_\_\_ (משפחה) \_\_\_\_\_ ת. זהות: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ הרופא המפנה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
סוג מקום מגורים (בית, בית אבות, סיעודי): \_\_\_\_\_  
סוג הביטוח: מאוחדת עדיף שיא

#### ב. כללי

1. מתי החלה בעיית השמיעה? (לציין כמה זמן: חודשים/שנים) \_\_\_\_\_  
הרקע: פתאומי/הדרגתי  
המקור: מחלה/אחר \_\_\_\_\_  
2. האם יש לך מכשיר שמיעה? לא/כן  
- ממת? \_\_\_\_\_  
- באיזו אוזן? \_\_\_\_\_  
- סוג המכשיר: \_\_\_\_\_  
- האם שבע רצון מהמכשיר? כן/לא - למה? \_\_\_\_\_  
3. האם השתמשת בעבר במכשיר שמיעה? לא/כן  
- מתי? \_\_\_\_\_  
- באיזו אוזן? ימין/שמאל - סוג המכשיר: \_\_\_\_\_  
אם הפסקת להשתמש במכשיר השמיעה, מדוע? \_\_\_\_\_  
4. האם סובל מצפצופים באוזן? לא כן - ימין/שמאל/שתי האוזניים  
5. האם סובל מהפרשות/דלקות אוזניים? לא/כן  
6. האם יש בעיות בריאות נוספות (ראיה, מוטוריקה)? לא/כן \_\_\_\_\_

#### ג. הערכת התפקוד השמיעתי

1. האם אתה נפגש עם אנשים רבים במסגרת חברתית? כן/לא במסגרת העבודה? כן/לא
2. האם את משוחח הרבה בטלפון? ניח כן/לא סלולרי כן/לא

3. האם הנך נמצא בסביבה רועשת? מקום מגוריך כן/לא מקום עבודתך כן/לא

4. האם משתמש באביזרי עזר לשמיעה (מגבר לטלוויזיה, טלפון מוגבר וכד'?) לא/כן

5. האם אתה הולך להרצאות, קונצרטים, הצגות? לא/כן

#### **ד. תפקוד שמיעתי בסביבת העבודה**

1. האם אתה עובד? לא/כן

\_\_\_\_\_ היכן?

\_\_\_\_\_ עיסוק?

\_\_\_\_\_ מה סביבת העבודה? שקטה/רועשת

\_\_\_\_\_ סוג הרעש:

2. האם נדרש מגע ישיר עם אנשים? לא/כן

3. האם בעבודה יש מודעות ללקות שמיעה (מגבר בטלפון, הגברה בישיבות וכד'?) לא/כן

האם יש עוד מצבים בהם אתה מתקשה שמיעתית?

#### **ו. מאפיינים אודיולוגיים (יש לצרף אודיוגרמה עדכנית\*)**

תוצאות בדיקת שמיעה מתאריך \_\_\_\_\_:

בוצעה במכון \_\_\_\_\_:

ע"י קלינאית התקשורת: \_\_\_\_\_ רישיון \_\_\_\_\_:

אם יש אודיוגרמות קודמות - לצרף גם אותן ולציין האם ליקוי השמיעה קבוע או מתקדם. \_\_\_\_\_

#### **ז. ניתוח צרכים (עפ"י המאפיינים התפקודיים והאודיולוגיים שתוארו לעיל)**

---

---

---

---

---

#### **ח. המלצות**

1. התאמת מכשיר שמיעה (לסמן): חד/ דו צדדי.

\_\_\_\_\_ הסיבה:

BTE, ITE , CIC , ITC, OPEN FITTING תצורת מכשיר השמיעה (לסמן). אפשרי יותר מאחד: .2

\_\_\_\_\_ BTE: סוג אוזניה למכשיר שמיעה .3

\_\_\_\_\_ DIRECTIONAL MIC .4

\_\_\_\_\_ VOLUME CONTROL .5

\_\_\_\_\_ TELECOIL .6

\_\_\_\_\_ FM: אפשרות שילוב עם מערכת: .7

\_\_\_\_\_ מספר תכניות שמיעה .8

\_\_\_\_\_ שלט רחוק .9

\_\_\_\_\_ יכולות אלחוטיות .10

### קיבל המלצה למכשיר שמיעה מקבוצה : C-בסיס / B-ביניים / A-גבוה

קיבל הסבר להמלצות שניתנו לו כן/לא

ניתנו המלצות לאביזרי עזר לשמיעה כן/לא

פירוט \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת קלינאית/ת התקשורת

\_\_\_\_\_

