



SAĞLIK KURULU
İŞİTME CİHAZI RAPOR
FORMU

Doküman Kodu	PLK.FR.45
Yayın Tarihi	02.01.2018
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 3

Sevk nedeni :
Dosya No'su :
Adı, Soyadı :
Baba Adı :
Doğum Tarihi :
Kurum ve Sicil No :
Sevk eden :
Plk. Kayıt Tarihi No :
Teşhis :
Tedavi/Ameliyat :
Karar :

Yapılan kulak muayenesindeizlendi.

..... işitme kaybı olan hastanın saf ses eşikleri ortalaması sağ kulak için.....dB/.....dB sol kulak içindB/.....dB'dir. kulağında işitme cihazı olup işitme cihazından fayda görüyor. Anlamasının daha iyi olabilmesi için ve işitmesinin cihazla düzelebileceği düşünüldüğünden.....kulağına dijital programlanabilir ,çift mikrofona ,otomatik veya manuel ses kontrol sistemi ,maksimum çıkış kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özellikli en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız en az 8 bantlı ,gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli olan , kulak arkası /kanal içi hava yolu iletimli işitme cihazı kullanması uygundur .İşitme kaybı kalıcıdır

Cihazların:

- 0-4 yas** : en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız , çift mikrofona gürültü azaltıcı özellikli ve feedback yönetimi olmalıdır
- 5-12 yas**: en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, çift mikrofona, FM sistem uyumlu, gürültü azaltıcı özellikli feedback yönetimi özellikli olmalıdır
- 13-18 yas**: en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, gürültü azaltıcı özellikli, FM sistem uyumlu, çift mikrofona, feedback yönetimi özelliği olmalıdır.

Sevk Eden Dr.
İmzası ve Kaşesi:



SAĞLIK KURULU
İŞİTME CİHAZI RAPOR
FORMU

Doküman Kodu	PLK.FR.45
Yayın Tarihi	02.01.2018
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 3

Sevk nedeni :
Dosya No'su :
Adı, Soyadı :
Baba Adı :
Doğum Tarihi :
Kurum ve Sicil No :
Sevk eden :
Plk. Kayıt Tarihi No :
Teşhis :
Tedavi/Ameliyat :
Karar :

Yapılan kulak muayenesinde.....izlendi. Yapılan ABR
testinde klik uyaran ile.....

.....işitme kaybı olan hastanın anlamasının daha iyi olabilmesi
için ve işitmesinin cihazla düzelebileceği düşünüldüğünden kulağına dijital programlanabilir ,GC-
TC-AGC uyumlu, en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız , çift mikrofonlu, FM sistem uyumlu, gürültü
azaltıcı özellikli ve feedback yönetimi özelliği olan, kulak arkası, hava yolu iletimli işitme cihazı
kullanması uygundur.

Sevk Eden Dr.
İmzası ve Kaşesi:



SAĞLIK KURULU
İŞİTME CİHAZI RAPOR
FORMU

Doküman Kodu	PLK.FR.45
Yayın Tarihi	02.01.2018
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	3 / 3

Sevk nedeni :
Dosya No'su :
Adı, Soyadı :
Baba Adı :
Doğum Tarihi :
Kurum ve Sicil No :
Sevk eden :
Plk. Kayıt Tarihi No :
Teşhis :
Tedavi/Ameliyat :
Karar :

Yapılan kulak muayenesinde.....izlendi.
..... işitme kaybı olan hastanın
saf ses eşikleri ortalaması sağ kulak için.....dB/.....dB sol kulak içindB/.....dB olup
anlamasının daha iyi olabilmesi için ve işitmesinin cihazla düzelebileceği düşünüldüğünden
..... kulağına dijital programlanabilir ,otomatik veya manuel ses kontrol sistemi,
maksimum çıkış kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özellikli en az 4 kanallı veya
kanaldan bağımsız 8 bantlı gürültü azaltıcı özellikli ve feedback yönetimi özellikli, kulak
arkası / kanal içi hava yolu iletimli işitme cihazı kullanması uygundur.

Cihazların:

- 0-4 yaş** : en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız , çift mikrofonlu gürültü azaltıcı özellikli
ve feedback yönetimi olmalıdır
- 5-12 yaş**: en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, çift mikrofonlu,
FM sistem uyumlu, gürültü azaltıcı özellikli feedback yönetimi özellikli olmalıdır
- 13-18 yaş**: en az 4 kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, gürültü azaltıcı
özellikli, FM sistem uyumlu, çift mikrofonlu, feedback yönetimi özelliği olmalıdır.

Sevk Eden Dr.
İmzası ve Kaşesi: