

» BERECHTIGUNGSSCHEIN FÜR DEN BEZUG VON OTOPLASTIKEN



» AUSZUFÜLLEN VON STANDORTLEITER/IN ARBEITSSICHERHEIT ODER ANTRAGSTELLER

Antragsteller/in	..... Bestellnummer	Rechnungs-empfänger	..... Unternehmen
	..... Name		..... Straße/Postfach
	..... Vorname		..... Postleitzahl, Ort
	..... Geburtsdatum	..... Personalnummer	Betriebsstätte (falls abweichend von Rechnungsempfänger)
	..... Kostenstelle	..... Telefonnummer	..... Unternehmen
			..... Straße/Postfach
	..... Unterschrift Standortleiter/in Arbeitssicherheit	..... Datum	..... Postleitzahl, Ort

Empfehlung Filterwahl

<input type="checkbox"/>	Lärmbereich < 85 dB	DI Gelb
<input type="checkbox"/>	Lärmbereich > 85 dB	DI Rot

Ich willige ein, dass zur Auftragserfüllung meine personenbezogenen Daten an Dritte (z.B. Hersteller) weitergegeben werden dürfen. Jede andere Nutzung der Daten ist ausgeschlossen. Ich habe das nachträgliche Recht auf Auskunft, Korrektur, Löschung, Pseudonymisierung meiner Daten und bei Verstößen das Beschwerderecht bei der Landesaufsichtsbehörde für Datenschutz. Mein Widerrufsrecht bleibt davon unberührt. Weitere Informationen unter www.pch-24.com/datenschutz/

» AUSZUFÜLLEN VON STANDORTLEITER/IN ARBEITSSICHERHEIT

Bestellung (ohne Filterwahl keine Versorgung möglich)		Zulassungen gemäß IFA (Beiblatt)		
Modellbezeichnung	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Acryl mit DI Filter Rot	W	S	E ₂
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Acryl mit DI Filter Gelb	W	S	
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Silikon mit DI Filter Rot (Standard)	W	X S V	E ₁
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Silikon mit DI Filter Gelb	W		
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Silikon mit DM Filter Schwarz	W	X S V	E ₁
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Silikon mit DM Filter Weiß	W	X S V	E ₁
	<input type="checkbox"/> DLO [®] – Silikon mit DM Filter Blau	W	X S V	E ₁
Bauform	<input type="checkbox"/> Concha (Standard)	Farbe der Otoplastik	<input type="checkbox"/> Acryl: klar-transparent	
	<input type="checkbox"/> Kanal mit Griff		<input type="checkbox"/> Acryl: blau-transparent	
	<input type="checkbox"/> Kanal ohne Griff		<input type="checkbox"/> Silikon: blau	
			<input type="checkbox"/> Silikon: rot	
			<input type="checkbox"/> Silikon: schwarz	
			<input type="checkbox"/> Silikon: gelb	
Option	<input type="checkbox"/> Kordel (Standard)			
	<input type="checkbox"/> Detektierbare Kordel (optional für Lebensmittelindustrie)			
	<input type="checkbox"/> Metallkugel (Standard)			
	<input type="checkbox"/> Gravur – z.B. Name (Standard - maximale Zeichenanzahl: 20)			
	Gravur-Text: _____			

» FUNKTIONSPRÜFUNGSPROTOKOLL FÜR OTOPLASTIKEN

» AUSZUFÜLLEN VON HÖRGERÄTAKUSTIKER

Audiometrische Funktionsprüfung der DLO® - Lärmschutzotoplastiken

Amplifon



		links				rechts			
		[Hz]	P ₁ : Hörschwelle ohne Otoplastik	P ₂ : Hörtest mit Otoplastik	Differenz P ₂ -P ₁	[Hz]	P ₁ : Hörschwelle ohne Otoplastik	P ₂ : Hörtest mit Otoplastik	Differenz P ₂ -P ₁
Funktionstest mit Audiometrie	DLO®	500				500			
		1.000				1.000			
		2.000				2.000			
		4.000				4.000			
		bestanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN				bestanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

Zur Überprüfung der Gehörschutzotoplastiken auf ausreichende Dämmwirkung wird eine audiometrische Funktionskontrolle durchgeführt. Wir empfehlen die Messverfahren mittels Circumauralem- bzw. Flachkopfhörer in der Anpasskabine beim Hörgeräteakustiker oder in einem geräuschreduzierten Raum. Zuerst wird die Hörschwelle, also ein Test ohne Otoplastiken im Ohr (P₁), bei den Frequenzen 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz und 4.000 Hz ermittelt. Anschließend werden die Otoplastiken eingesetzt und bei der Frequenz 500 Hz der Hörtest (P₂) durchgeführt. Die Differenzwerte (P₂ - P₁) aus den beiden Prüfungen mit und ohne Otoplastiken ergeben den Mindestdämmwert des jeweiligen Lärmschutzsystems, der nicht unterschritten werden darf.

Produktvorgaben	DLO®	DLO® Acryl/Silikon - DI Filter rot, gelb	DLO® Acryl/Silikon - DM Filter schwarz, weiß, blau
		[Hz]	Mindestdämmung
	500	10 dB	10 dB

Funktionsprüfung der DLO® - Lärmschutzotoplastiken (Dichtigkeitsprüfung-ALT)

Amplifon

		links		rechts	
		Funktionstest mit ALT			
Die Otoplastik dichtet optimal ab, wenn sich die Nadel im grünen Bereich befindet.					
		bestanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		bestanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

» FUNKTIONSPRÜFUNGSPROTOKOLL FÜR OTOPLASTIKEN

» AUSZUFÜLLEN VON HÖRGERÄTAKUSTIKER

Amplifon	Einweisungskriterien	<input type="checkbox"/> Detaillierte Einweisung in den Gebrauch ist durchgeführt worden
		<input type="checkbox"/> Passgenauigkeit, Tragekomfort und sicherer Halt ist überprüft worden
		<input type="checkbox"/> Einsetzen und Entnehmen der Otoplastiken ist vorgeführt worden
		<input type="checkbox"/> Regelmäßige Pflege der Gehörschutzotoplastiken ist erklärt worden
		<input type="checkbox"/> Aufklärung der Folgen bei Nichttragen des Gehörschutzes, auch bei kurzzeitigen Unterbrechungen, ist erfolgt
		<input type="checkbox"/> Die Otoplastiken sind in dem dafür vorgesehenen Etui aufzubewahren

Amplifon	Funktionskontrolle		Durchführung am	1. Erinnerung	2. Erinnerung	3. Erinnerung
		Binnen 6 Monate nach Auslieferung				
		Nach 36 Monaten Nutzung				
		Nach 72 Monaten Nutzung				
		Nach 108 Monaten Nutzung				

Amplifon	Übergabe	Einweisung und Prüfung erfolgt durch	
		
		Prüfer (Name, Vorname)	Unterschrift Prüfer
		Empfangsbestätigung	
.....		
Datum		Unterschrift Kunde	