



Cursus spraakafzien

Inschrijfformulier *basiscursus*

Gaarne aankruisen en/of invullen wat voor u van toepassing is.

de heer mevrouw

Naam en voorletters : _____

Roepnaam : _____

Geboortedatum : _____

Burger Service Nummer : _____

Adres : _____

Telefoonnummer : _____

E-mailadres : _____

Naam oefenpartner : _____

Huisarts : _____

KNO-arts/ziekenhuis : _____

Audicien : _____

Zorgverzekeraar : _____

Polisnummer : _____

Gaarne contact opnemen : schriftelijk (per post/e-mail) telefonisch

met (indien contactpersoon) : de heer mevrouw _____

Wat is de oorzaak van uw slechthorendheid?

Wat is de ernst van uw slechthorendheid?

licht, verlies _____ dB links / verlies _____ dB rechts

matig, verlies _____ dB links / verlies _____ dB rechts

ernstig, verlies _____ dB links / verlies _____ dB rechts

Draagt u hoorapparatuur?

nee **ja**: links rechts beiderzijds

Heeft u ervaring met spraakafzien?

nee **ja**: _____

U kunt dit formulier ingevuld **per post opsturen naar:**



Logopediepraktijk **Totaal**
communicatie staat centraal

Logopediepraktijk Totaal | Schoolstraat 66 | 9581 GC Musselkanaal