

Dokumentation der akustischen Funktionskontrolle bei angepasstem Gehörschutz (Kopie hiervon bitte an Labor Pahl GmbH)

Hörakustiker/Händler: _____

Kommission/Nutzer: _____

Bezeichnung/Typ des angepassten Gehörschutzes:

Art der Prüfung:

Audiometrie Dichtigkeitsprüfung INSITU-Messung ePRO-Meter

Funktionskontrolle bestanden: Ja Nein*

Hiermit bestätige ich, dass eine Funktionskontrolle durchgeführt wurde.

Des Weiteren habe ich den Nutzer darüber informiert, dass ein sicherer Schutz nur dann erreicht werden kann, wenn die Gehörschutz-Otoplastik nach der Auslieferung und dann in regelmäßigen Abständen von maximal 3 Jahren überprüft wird. Das richtige Einsetzen, die Handhabung sowie die Reinigung und Pflege des Gehörschutzes wurden erklärt.

Funktionskontrolle durchgeführt von:

Datum

Name

Unterschrift

* Sollte der Gehörschutz die Anforderungen an Sitz und Funktion nicht erfüllen, so senden Sie uns bitte den Gehörschutz sowie neue Abdrücke für eine Neufertigung zu.