

Healthy Hearing Program Special Olympics International

Συνέχιση εξέτασης : συστάσεις

Όνομα αθλητή	Οργάνωση Special Olympics	Ημερομηνία
Διεύθυνση αθλητή		Αριθμός τηλεφώνου αθλητή

- Δεν περάσατε την εξέταση ακοής Δεξιά Αριστερά
- Δεν περάσατε την εξέταση μέσων αυτιών Δεξιά Αριστερά
- Υπηρεσίες που λάβατε κατά τη διάρκεια αυτών των Special Olympics:
- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Επιθεώρηση σωλήνων αυτιών | <input checked="" type="checkbox"/> Εξέταση ακοής | <input checked="" type="checkbox"/> Εξέταση μέσων αυτιών |
| <input type="checkbox"/> Φυλλάδιο προστασίας θορύβου | | <input type="checkbox"/> Φυλλάδιο απώλειας ακοής |
| <input type="checkbox"/> Άλλα _____ | | |

- Συστάσεις:
- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> να δείτε τον παθολόγο για την αφαίρεση κυψελίδας | <input type="checkbox"/> Δεξιά | <input type="checkbox"/> Αριστερά |
| <input type="checkbox"/> να δείτε τον παθολόγο για ενδεχόμενα προβλήματα μέσων αυτιών | <input type="checkbox"/> Δεξιά | <input type="checkbox"/> Αριστερά |
| <input checked="" type="checkbox"/> να δείτε τον παθολόγο για την αξιολόγηση της ακοής σας | | |

Παρατηρήσεις _____

_____ (υπογραφή)

Ακουσολόγος / Παθολόγος ή HH Clinical Director

ΕΛΛΗΝΙΚΑ/GREEK