

# SATISFACTION WITH AMPLIFICATION IN DAILY LIFE

NAMN \_\_\_\_\_ FÖDELSEDATUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DAGENS DATUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INSTRUKTIONER

Nedan följer ett antal frågor om din(a) hörapparat(er). Sätt en ring om den bokstav som bäst motsvarar ditt svar för varje fråga. Listan på ord till höger förklarar vad varje bokstav betyder.

Kom ihåg att dina svar ska visa din allmänna uppfattning om de(n) hörapparat(er) som du använder nu eller senaste använt.

- A** Inte alls
- B** Lite
- C** Något
- D** Mittemellan
- E** En hel del
- F** Mycket
- G** Oerhört mycket

1. Hjälper din(a) hörapparat(er) dig att förstå de människor som du oftast talar med jämfört med att inte använda hörapparater alls?	A B C D E F G
2. Blir du irriterad när hörapparaten fångar upp ljud som hindrar dig att höra det du vill höra?	A B C D E F G
3. Är du övertygad om att det var för ditt eget bästa att skaffa hörapparat(er)?	A B C D E F G
4. Tror du att folk märker din hörselnedsättning mer när du bär dina hörapparater?	A B C D E F G
5. Minskar din(a) hörapparat(er) antalet gånger du behöver be folk att upprepa?	A B C D E F G
6. Tycker du att din(a) hörapparat(er) är värda besväret	A B C D E F G
7. Besväras du av att du inte kan få ljudet tillräckligt starkt i din(a) hörapparat(er) utan att de(n) tjuter?	A B C D E F G
8. Hur nöjd är du med utseendet hos din(a) hörapparat(er)?	A B C D E F G
9. Förbättras ditt självförtroende av att använda hörapparat(er)?	A B C D E F G
10. Hur naturligt är ljudet från din(a) hörapparat(er)?	A B C D E F G
11. Hur mycket hjälp har du av din(a) hörapparat(er) med de flesta telefoner utan speciella förstärkare eller högtalare? (Sätt kryss i rutan om du hör bra i telefon utan hörapparat(er) <input type="checkbox"/> )	A B C D E F G
12. Hur kunnig och kompetent var den person som anpassade din(a) hörapparat(er)?	A B C D E F G

(Fortsätt på nästa sida)



- A** Inte alls  
**B** Lite  
**C** Något  
**D** Mittemellan  
**E** En hel del  
**F** Mycket  
**G** Oerhört mycket

13. Tror du att du verkar mindre kapabel av att bära din(a) hörapparat(er)?	A B C D E F G
14. Tycker du att kostnaden för din(a) hörapparat(er) var rimlig?	A B C D E F G
15. Hur nöjd är du med driftsäkerheten hos dina hörapparater? (hur ofta de behöver repareras)	A B C D E F G

**Var vänlig besvara följande ytterligare frågor.**

ERFARENHET AV NUVARANDE HÖRAPPARAT(ER)	SAMMANLAGD ERFARENHET MED HÖRAPPARAT(ER) (räkna med alla tidigare och nuvarande hörapparat(er))	DAGLIG HÖRAPPARATANVÄNDNING	OMFATTNING AV HÖRSELSVÅRIGHETER (utan hörapparat(er))
<input type="checkbox"/> Mindre än 6 veckor <input type="checkbox"/> 6 veckor till 11 mån <input type="checkbox"/> 1 till 10 år <input type="checkbox"/> Över 10 år	<input type="checkbox"/> Mindre än 6 veckor <input type="checkbox"/> 6 veckor till 11 mån <input type="checkbox"/> 1 till 10 år <input type="checkbox"/> Över 10 år	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Mindre än 1 timme per dag <input type="checkbox"/> 1 till 4 timmar per dag <input type="checkbox"/> 4 till 8 timmar per dag <input type="checkbox"/> 8 till 16 timmar per dag	<input type="checkbox"/> Inga <input type="checkbox"/> Lätta <input type="checkbox"/> Måttliga <input type="checkbox"/> Ganska stora <input type="checkbox"/> Mycket stora

Andra kommentarer: \_\_\_\_\_

**IFYLLES AV AUDIONOMEN**

**HÖRAPPARATANPASSNING:**

**Höger öra**

Fabrikat \_\_\_\_\_

Modell \_\_\_\_\_

Ser. Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Typ CIC ITC ITE BTE

**Vänster öra**

Fabrikat \_\_\_\_\_

Modell \_\_\_\_\_

Ser. Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Typ CIC ITC ITE BTE

**HÖRAPPARAT FUNKTIONER ( Kryssa i de som är tillgängliga)**

Riktning Mikrofoner

Multipla Mikrofoner

Multi-kanal

Peak Clipping

Kompression

TILL

Annat

Fjärrkontroll

Multi-program

Utan volymkontroll

WDRC

BILL

Telespole

\_\_\_\_\_