

Steg 1 - Beställningsinformation

| |
|-----------------------|
| Audionom: |
| Telefon/e-post: |
| Hörcentral: |
| Patientnamn/Personnr: |
| Beställningsdatum: |
| Leveransdatum: |

Steg 2 - Audiogram

| | | | | | |
|----------|-----|-----|------|------|---------|
| Höger: | | | | | |
| Vänster: | | | | | |
| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 Hz |

Om xReceiver, ange vilken typ:

Steg 3 - Typ av insats

SlimTip hård

cShell hård*

CROSTip*



Steg 4 - Alternativ

Ventilation: AOV
 Eget val Höger: _____ Vänster: _____

Annat: Utdragstråd Stödvinge Silhuett

Färg vid beställning av
cShell:

Frontplatta:

beige

tan

ljusbrun

mörkbrun

Skal:

beige

tan

ljusbrun

mörkbrun

transparent röd

transparent blå

vit

Steg 5 - Övrigt

Önskemål: _____

*Vid beställning av cShell eller CROSTip måste du ange
slanglängd (0-3):

Höger: _____

Vänster: _____