



Betrieb: _____

Kd.-Nr.: _____

Bitte bewerten Sie in Schulnoten durch Einkreisen:

1 = Sehr gut bzw. sehr leicht ... 6 = Ungenügend bzw. sehr schwer

Wie gut können Sie Gesprächen
in Gesellschaft folgen?

Ohne Hörsystem	1	2	3	4	5	6
Mit Hörsystem	1	2	3	4	5	6

Wie gut verstehen Sie Stimmen (beim
Fernsehen) in synchronisierten Filmen?

Ohne Hörsystem	1	2	3	4	5	6
Mit Hörsystem	1	2	3	4	5	6

Bitte bewerten Sie Ihre Anstrengung
beim Zuhören in **ruhiger** Umgebung?

Ohne Hörsystem	1	2	3	4	5	6
Mit Hörsystem	1	2	3	4	5	6

Bitte bewerten Sie Ihre Anstrengung
beim Zuhören in **lauter** Umgebung?

Ohne Hörsystem	1	2	3	4	5	6
Mit Hörsystem	1	2	3	4	5	6

Ist es uns gelungen, das Hörsystem
auf Ihre persönlichen Bedürfnisse einzustellen?

1 2 3 4 5 6

Würden Sie einem Freund ggf. empfehlen,
sich frühzeitig mit Hörsystemen zu beschäftigen?

1 2 3 4 5 6

Geschlecht Weiblich Männlich

Geburtsjahr: _____

Hörgerätenutzer? Ja Nein

Seit wievielen Jahren? _____

Ihre Angaben werden in pseudonymisierter Form erfasst, gespeichert und verarbeitet.
Ein Rückschluss auf Ihre Person ist Dritten sowie der Arbeitsgemeinschaft Hören e.V. nicht möglich.
Damit bin ich einverstanden:

Datum, Unterschrift _____

Vielen Dank
für Ihre
Teilnahme!