

Anhang 17 bis

COSI-Fragebogen

Name des Kunden

Gefühlte Hörveränderung
Mit dem neuen Hörgerät höre ich jetzt ...

Endergebnis
Ich bin mit dem Hörvermögen zufrieden...
10% 25% 50% 75% 95%

<u>BESONDERE BEDÜRFNISSE</u>	schlechter	wie vorher	etwas besser	besser	viel besser	fast nie	gelegentlich	die halbe Zeit	die meiste Zeit	fast immer
In absteigender Bedeutungsreihenfolge <input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										

Bemerkungen

Datum

Unterschrift des Kunden
