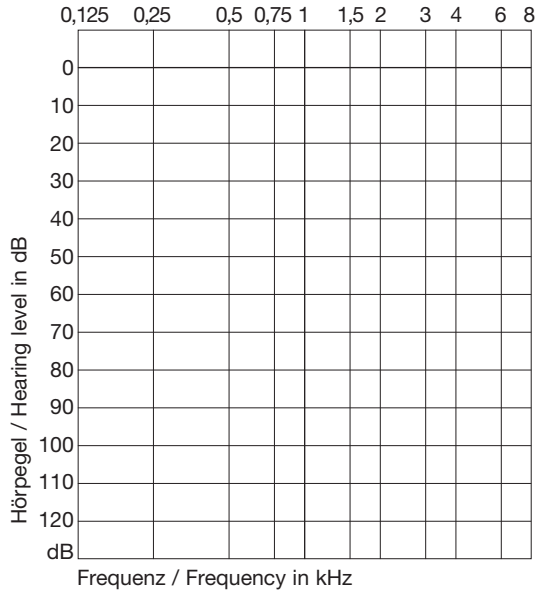
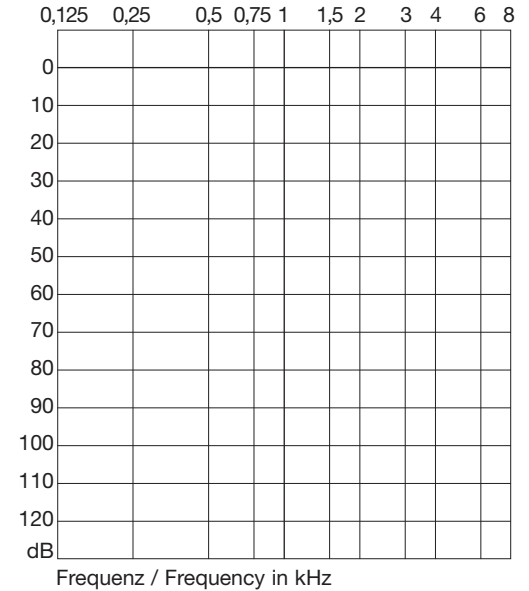


Name / Name	Geb. / Born	Prüfer / Examiner	Datum / Date
Adresse / Address		Kontrolle / Control	
		Kasse / Insurance	
Bemerkungen / Remarks			

Rechtes Ohr / Right Ear



Linkes Ohr / Left Ear





✓ = correct/richtig ✗ = Incorrect/falsch ? = No answer/pas de réponse/no respuesta/keine Antwort
R = right/droite/derecho/rechts **L** = left/gauche/izquierdo/links **B** = binaural/binaurale/beidohrig

dB	Gr. 1	R	L	B	Gr. 2	R	L	B	Gr. 3	R	L	B	Gr. 4	R	L	B
70																
60																
50																
40																
40																
35																
35																
30																
30																
25																
25																

Patient: _____

Tester: _____

Date/Datum: _____ . _____ . 20 _____

Note/Nota/Bem.: _____

Test result / Résultat du test Resultado del test / Testergebnis		
L	R	B
_____ dB	_____ dB	_____ dB
_____ ✓	_____ ✓	_____ ✓
_____ ✗	_____ ✗	_____ ✗
_____ ?	_____ ?	_____ ?