

# Erfahrungsbericht Erwachsene



Der Rücksendung beilegen oder per Post senden an:

AUDIVA  
z. Hd. Uwe Minning

Behlenstr. 3

D - 79400 Kandern-Holzen

Datum: .....

oder faxen an 07626-9779-11



## **Liebe Anwenderin, lieber Anwender !**

Wenn Sie folgende Fragen beantworten, helfen Sie uns die Produkte, deren Beschreibungen, das Zubehör, den Service ... zu verbessern. Alle Angaben sind freiwillig (und anonym).

Welches Gerät haben Sie angewendet ? HWT home: ; HWT praxis:   
HWT standard: ; HWT spectrum:   
Anderes: .....

## **Technische Fragen:** Kreuzen Sie, wenn möglich, ein Feld in jeder Zeile an:

### **Inbetriebnahme des Gerätes**

mühsam, schlecht	einigermaßen, mittelmäßig	einfach, gut	sehr einfach, sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (z.B. das Anschließen): .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

### **Qualität des Gerätes / Zubehör**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen: .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

### **Handhabung des Gerätes / Zubehör**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen: .....

Was hätten Sie sich gewünscht: .....

### **Allgemeine Bemerkungen**

.....  
.....  
.....

### **Wie gut ließ sich das Training in den (Alltags-)Ablauf integrieren? Gab es Gründe, warum Sie einmal oder auch öfter nicht trainiert haben?**

.....  
.....  
.....

**Bitte wenden, es folgen therapeutische Fragen ...**

# Erfahrungsbericht Erwachsene



## Therapeutische Fragen: Kreuzen Sie, wenn möglich, ein Feld in jeder Zeile an:

### Musikhören

mühsam	einigermaßen	einfach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barockmusik hören:

Beschäftigungen während des Musikhörens: .....

Lieblingsmusik: .....

Bemerkungen: .....

### Veränderungen nach Beobachtung:

	schlechter	gleichbleibend	etwas verbessert	deutlich verbessert
<b>Geräuschempfindlichkeit:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
( <b>Aphasie:</b> ) In der Aussprache/Deutlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satzstellung beim Sprechen/Wortfindung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redefluss (Stottern, Poltern):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorik (Körperbewegung u. Koordination):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grafomotorik (Handschrift):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Merkfähigkeit</b> (Vergesslichkeit):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausgeglichenheit/Verhalten:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hörsturz/Tinnitusymptome:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwerhörigkeit:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zusammenfassung:

Würden Sie therapeutisch in das Hörtraining eingewiesen?

Haben Sie auch z.B. logopädische oder andere Übungen beim Musikhören gemacht?

Denken Sie, dass das Hörtraining geholfen hat?

Würden Sie das Hörtraining weiter empfehlen?

Fanden parallel noch andere Therapien statt?

nein	eventuell	ja
<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

Wenn ja welche: .....

Haben Sie (außer den oben genannten) eigene Erfahrungen mit AUDIVA Training gemacht? Schreiben Sie uns!

### Raum für Ihren Bericht – Stichworte genügen:

Bitte geben Sie Alter und Geschlecht mit an. Alter: ..... Geschlecht:  M  W

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Datenschutz:** Name, Anschrift und Kontaktdaten werden nicht veröffentlicht oder weitergegeben!

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Mit freundlichen Grüßen Ihr AUDIVA Team**