

Zufriedenheit mit Hörgeräten im Alltag (SADL)

NAME _____

GESCHLECHT M W GEBURTSDATUM ___/___/___

DATUM ___/___/___

ANLEITUNG

Im Folgenden sind Fragen zu Ihren Erfahrungen mit Ihren Hörgeräten aufgeführt. Bitte kreuzen Sie für jede Frage an, welche Antwort am besten zutrifft. Rechts finden Sie eine Liste mit der Bedeutung der Buchstaben. Bitte beachten Sie, dass die Antworten Ihre Meinung über die Hörgeräte widerspiegeln sollen, **die Sie gegenwärtig tragen**.

- A Überhaupt nicht
- B Kaum
- C Etwas
- D Mittelmäßig
- E Ziemlich
- F Weitgehend
- G In vollem Umfang

1. Helfen Ihnen Ihre Hörgeräte im Vergleich zur Situation ohne Hörgeräte die Menschen zu verstehen, mit denen Sie am häufigsten sprechen?	A B C D E F G
2. Sind Sie ärgerlich, wenn Ihre Hörgeräte Geräusche aufnehmen, die Sie daran hindern, das zu hören, was Sie hören möchten?	A B C D E F G
3. Sind Sie überzeugt, dass es in Ihrem persönlichen Interesse war, Hörgeräte anzuschaffen?	A B C D E F G
4. Glauben Sie, dass die Leute Ihr Hörproblem eher wahrnehmen, wenn Sie Ihre Hörgeräte tragen?	A B C D E F G
5. Sorgen Ihre Hörgeräte dafür, dass Sie nicht mehr so oft nachfragen müssen?	A B C D E F G
6. Glauben Sie, dass sich der Aufwand, Hörgeräte anzuschaffen, für Sie gelohnt hat?	A B C D E F G
7. Stört es Sie, wenn Ihre Hörgeräte manchmal pfeifen?	A B C D E F G
8. Wie können Sie das Aussehen Ihrer Hörgeräte akzeptieren?	A B C D E F G
9. Stärkt das Tragen von Hörgeräten Ihr Selbstbewusstsein?	A B C D E F G
10. Wie natürlich ist der Klang Ihrer Hörgeräte?	A B C D E F G
11. Wie nützlich sind Ihre Hörgeräte in Verbindung mit den MEISTEN Telefonen OHNE Verstärker oder Lautsprecher?	A B C D E F G
(Falls Sie <u>ohne Hörgeräte</u> am Telefon gut verstehen, bitte hier ankreuzen <input type="checkbox"/>)	
12. Wie fachkompetent war der Hörgeräteakustiker, der Ihnen die Hörgeräte angepasst hat?	A B C D E F G

(Fortsetzung nächste Seite)

- A **Überhaupt nicht**
- B **Kaum**
- C **Etwas**
- D **Mittelmäßig**
- E **Ziemlich**
- F **Weitgehend**
- G **In vollem Umfang**

13. Glauben Sie, dass das Tragen von Hörgeräten Sie weniger fähig erscheinen lässt?	A B C D E F G
14. Erscheinen Ihnen die Kosten für Ihre Hörgeräte angemessen?	A B C D E F G
15. Wie zufrieden sind Sie mit der Zuverlässigkeit (Reparaturanfälligkeit) Ihrer Hörgeräte?	A B C D E F G

Bitte beantworten Sie diese Zusatzfragen.

TRAGEERFAHRUNG MIT DEN AKTUELLEN HÖRGERÄTEN	TRAGEERFAHRUNG MIT HÖRGERÄTEN INSGESAMT (umfasst alle bisherigen und die aktuellen Hörgeräte)	TÄGLICHE NUTZUNGSDAUER DER HÖRGERÄTE	GRAD DER HÖRSTÖRUNG (ohne Hörgeräte)
<input type="checkbox"/> Weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen bis 11 Monate <input type="checkbox"/> 1 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/> Mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/> Weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen bis 11 Monate <input type="checkbox"/> 1 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/> Mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Weniger als 1 Stunde pro Tag <input type="checkbox"/> 1 bis 4 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> 4 bis 8 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> 8 bis 16 Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Geringgradig <input type="checkbox"/> Mittelgradig <input type="checkbox"/> Mittel- bis hochgradig <input type="checkbox"/> Hochgradig

Vom Hörgeräteakustiker auszufüllen

Hörgeräteversorgung:

Rechtes Ohr

Hersteller _____
 Hörgerätetyp _____
 Serien-Nummer _____
 Datum der Anpassung _____

Linkes Ohr

Hersteller _____
 Hörgerätetyp _____
 Serien-Nummer _____
 Datum der Anpassung _____

Bauform Gehörgang IO Concha HdO

Bauform Gehörgang IO Concha HdO

Ausstattung der Hörgeräte (bitte kreuzen Sie alle relevanten Punkte an)

- | | | |
|---|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Richtmikrofon | <input type="checkbox"/> Peak Clipping | Andere _____ |
| <input type="checkbox"/> Multi-Mikrofon | <input type="checkbox"/> Kompressionsbegrenzung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mehrkanal | <input type="checkbox"/> TILL-Verstärker | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fernbedienung | <input type="checkbox"/> WDRC | _____ |
| <input type="checkbox"/> Multi-Programm | <input type="checkbox"/> BILL-Verstärker | |
| <input type="checkbox"/> Kein Verstärkungssteller | <input type="checkbox"/> Telefonspule | |