



Uniklinik Köln | Stabsabteilung Kommunikation
Kerpener Str. 62 · 50937 Köln

Bitte Fragebogen zurück an:

**Cochlear Implant Centrum (CIK)
HNO-Uniklinik Köln/ Gebäude 23
Kerpener Straße 62-68**

50937 Köln

**Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde, Kopf- und
Halschirurgie**

Cochlear Implant Centrum (CIK)

Direktor: Univ.-Prof. Dr. K.-B. Hüttenbrink

Frau OÄ Dr. med. R. Lang-Roth

(Ärztliche Leitung)

Prof. Dr. rer. nat. M. Walger

(Leitung Audiologie)

Frau B. Streicher

(Pädagogische Leitung)

Telefon: +49 221 478-87755

Telefax: +49 221 478-87759

Mail: cik@uk-koeln.de

Fragebogen im Rahmen der CI-Voruntersuchung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und schicken Sie ihn an das Cochlear Implant Centrum Köln zurück. Die weitere Terminierung der Voruntersuchungen findet statt, nachdem der Fragebogen bei uns eingegangen ist.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr CIK-Team



Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: kein Hauptschulabschluss mittlere Reife
 Fachabitur Abitur andere: _____

allgemeine Schule Schule für Hörgeschädigte

Erlerner /
ausgeübter Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Hörgeschädigte (z.B. DSB)
und/oder anderen hörgeschädigten Personen ja nein

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres

HNO-Facharztes: _____

Hausarztes: _____

Hörgeräteakustikers: _____



Angaben zur audiologischen Versorgung:

Seit wann sind Sie hörgeschädigt? _____

Hat sich das Hören verschlechtert?

Ursache der Hörschädigung: _____

Tragen Sie Hörgeräte?

ja, auf beiden Ohren nur auf einem Ohr (rechts / links) nein

wenn „nein“: **Warum tragen Sie keine Hörgeräte?**

Wann wurden Sie erstmalig mit Hörgeräten versorgt? _____

Welches Fabrikat haben Ihre derzeitigen Hörgeräte _____

Wann haben Sie die Hörgeräte das letzte Mal beim Akustiker kontrollieren lassen?

_____ bei _____ (Hörgeräteakustiker)

WICHTIG:

Bitte lassen Sie vor der ersten Vorstellung in der HNO-Uniklinik / CI-Zentrum Ihre Hörgeräte **beim Hörgeräteakustiker** überprüfen und ggf. optimieren.

Bitte bringen Sie uns den **Anpassbericht** bzw. die **Insitu-Messung** mit.





Angaben zur eigenen Krankengeschichte

Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Cochlea Implantation erfahren? Durch wen sind Sie motiviert worden, sich im CI-Zentrum vorzustellen?

Sind bei Ihnen bisher Ohroperationen durchgeführt worden? nein ja

Wenn „ja“: **Wann und auf welcher Seite wurden Sie am Ohr operiert?**

Welche anderen Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? keine

Sind bei Ihnen Erkrankungen der inneren Organe bekannt? nein ja

Wenn „ja“: **Welche Erkrankungen?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? keine

Welche Allergien sind bei Ihnen bekannt? keine

Haben Sie eine Meningitis (Hirnhautentzündung) durchgemacht? nein ja

Wenn „ja“: **Wann war das?** _____



Angaben zur Subjektiven Einschätzung

Können Sie Gesprächen mit einem Gesprächspartner folgen?

- sehr gut gut manchmal schlecht nicht möglich

Lesen Sie dabei von den Lippen ab?

- nein ja Wenn „ja“: wenig vieles alles

Können Sie Gesprächen mit mehreren Personen folgen?

- sehr gut gut manchmal schlecht nicht möglich

Wenn Sie in einem gut besuchten Lokal oder auf einer Party sind, können Sie sich dort gut unterhalten?

- sehr gut gut manchmal schlecht nicht möglich

Können Sie sich mühelos unterhalten, wenn Sie im Auto oder im Zug fahren?

- sehr gut gut manchmal schlecht nicht möglich

Fühlen Sie sich gelangweilt oder bedrückt, wenn Sie Schwierigkeiten haben, einer

Unterhaltung zu folgen? trifft zu trifft manchmal zu trifft nicht zu

Schauen Sie Fernsehen? Hören Sie Radio? ja nein manchmal

Können Sie Radio- Fernsehsendungen in Zimmerlautstärke verstehen? ja nein

Benutzen Sie das Telefon? ja nein manchmal

Wenn „ja“: **Können Sie längere Gespräche / Unterhaltungen am Telefon führen?**

- ja nein

Können Sie telefonieren, während der Fernseher auf Zimmerlautstärke läuft?

- ja nein



Können Sie in einem ruhigen Zimmer hören, wenn das Telefon oder die Türglocke klingelt? ja nein

Wenn Sie auf der Straße eine Hupe oder Reifen quietschen hören, wissen Sie sofort, aus welcher Richtung das Geräusch kam?

ja nein

Wie häufig haben Sie ein Geräusch in Ihrem Kopf oder Ihren Ohren (z.B. Ohrensausen / Tinnitus)? oft manchmal nie

Wie häufig bemerken Sie im täglichen Leben ihre Hörschädigung?

ständig manchmal selten nie

Glauben Sie, dass Ihre Mitmenschen sich lustig darüber machen, wenn Sie etwas nicht richtig hören?

ja nein Wenn „ja“: oft manchmal selten

Welche Situationen sind für Sie durch die Hörschädigung besonders schwierig?

Welche Erwartungen haben Sie an das Cochlea Implantat?
