

INNEHÅLL

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörselskydd | <input type="checkbox"/> Par | <input type="checkbox"/> Höger | <input type="checkbox"/> Vänster |
| <input type="checkbox"/> Avtryck | <input type="checkbox"/> Par | <input type="checkbox"/> Höger | <input type="checkbox"/> Vänster |

Plocka ur dina ER-filter och behåll dem.

Serienummer: _____

AVTRYCKSTAGARE

Datum: _____

Namn: _____

Företag: _____

Gata: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Om nya avtryck bifogas p.g.a passformsproblem var noga med att fylla ut så mycket som möjligt av hörselgången, helst förbi andra kröken. Om Hörselskydden glappar vid käkrörelse, ta avtrycket i det läge med käken där nuvarande hörselskydd glappar mest.

FELBESKRIVNING

- Hörselskydd upplevs för långa
- Hörselskydd upplevs för korta
(Behöver nytt längre avtryck)
- Hörselskydd glappar / Glider ur
(Kan behöva nytt avtryck taget med öppen käke)
- Hörselskydd upplevs för stort i omkrets
- Ocklusionsproblem
Upplever sitt egna tal förvrängt eller starkare
(Behöver nytt längre avtryck)
- Hörselskydd skaver
(Beskriv i text)

SKICKAS TILL

Bellman & Symfon Europe AB
S:a Långebergsgatan 30
436 32 Askim

ANVÄNDARE

Skickas direkt till användare

Född: _____
(ååååmmdd)

Namn: _____

Gata: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Bellman & Symfon vill **inte** ta del av någon personlig medicinsk hälsoinformation.

FAKTURERINGSADRESS

Samma som användare

Kundnummer: _____

Organisationsnummer: _____

Namn: _____

Referens: _____

Gata: _____

Postadress: _____

Beskriv i text.