

**1. Kontaktdaten bitte vollständig eintragen**

Name: ..... Ihre Tel.-Nr (WICHTIG!): .....  
 Vorname: ..... E-Mail (WICHTIG): .....  
 Strasse: ..... Geburtsdatum: .....  
 PLZ, Ort: ..... Datum / Unterschrift: .....

**2. Produktkonfiguration** HMV-Nr. 13.99.01.9001

- Befinden Sie sich bei Ihrem Hörakustiker noch in der **Testphase** Ihrer Hörversorgung?  Ja /  Nein
- Stirnband dient welcher Anwendung?  für besseren Halt  zur Unterstützung des CI-Spulenstizes
- Beschreiben Sie die Kopfkontrolle des Trägers:  liegt überwiegend /  sitzt frei /  Besonderheiten (Kopfform)
- Besonderheiten: .....
- Welche Art von Hörhilfe tragen Sie?
  - Hörgerät (HG):  links /  rechts **Hersteller:** .....
  - Cochlea Implantat (CI):  links /  rechts **Hersteller:** .....
  - Knochenleitsystem (KL):  links /  rechts **Hersteller:**  Audia Akustik /  BHM /  Cochlear /  Oticon
  - Softbandversorgung:  Ja /  Nein **Trageposition:** .....
- Von welchem **Hörakustiker** werden Sie betreut? (Anschrift + Rufnummer)  
 .....
- Brillenträger/In ?  Nein /  Ja -> Wenn „Ja“, ist eine **Brillenhalterung** („extra Schlaufen“) gewünscht?  Ja /  Nein

**3. Modelltyp** passend zu Ihrer Hörhilfen

- Modell A**  für Hörgeräte mit seitlichen Netzen  für CI mit seitl. Netzen,  bds. CI-Prozessor-Taschen
- Modell B**  für Hörgeräte mit seitlichen Netzen  für CI mit seitl. Netzen,  bds. CI-Prozessor-Taschen
- Modell C**  für Hörgeräte mit seitlichen Netzen  für CI mit seitl. Netzen
- Modell CI** optional:  **Schwimm S-CI**  
beidseitige Taschen f. CI-Prozessor aus Lycra Stoff
- Modell Knochenleitsystem**  
Verstellbar, seitliche Schnitthöhe 5cm
- Modell ba-ro-sa**  
Verstellbar, Fixierung von Soundprozessoren
- Modell ba-fix**  
Verstellbar, seitliche Netze

**4. Kopfumfang und Kinnumfang** Bitte messen

**Kopf-Umfang (wichtig!)**

..... cm

Kopfumfang anhand der Skizze messen und Position der Hörhilfe markieren

RECHTES OHR      LINKES OHR

**Kinn-Umfang**  
(für Modell A und B)

..... cm

Von Ohrläppchen zu Ohrläppchen messen

**5. Schnittaussführung** ( nur bei Model: A / B / C / CI

- „breite Schnitthöhe“ = 10cm  
(z.B. bei CI Versorgung mit hohem Spulenstiz)

**6. Stofffarbe ankreuzen oder eintragen** weitere Stofffarben siehe: [www.bajula.de/modelle/stoffmuster](http://www.bajula.de/modelle/stoffmuster) oder [www.bajula-shop.de](http://www.bajula-shop.de)



OPTIONAL - IHRE STOFFAUSWAHL LAUT INTERNET:

**Stofffarbe und Stoffnummer**

**7. Versand !** Bitte übersenden Sie uns den **Bestellbogen** zusammen mit dem **Rezept** per Post an:

**BAJULA® GBR, ALFRED-NOBEL-STR. 2E, 55411 BINGEN-SPONSHEIM**

