

KLINIK

Klinik: _____
 Audionom: _____
 Önskas klart: _____
 Referensnummer: _____
 Privat Landsting

BRUKARE

Namn: _____
 Adress: _____
 Postnr & Ort: _____
 Födelsedatum: _____

SureFit 3 (ReSound ONE)

RIE INSATS (INKAPSLAD)



LP MP HP UP

Slanglängd krävs for innstøpt RIE
 NB Slanglängd väljs under TILLVAL

Hörapparatmodell: _____

RIE INSATS



LP MP HP M&RIE

NYTT MÄTVERKTYG
 Måste användas med
 ReSound ONE



Surefit 2 (ReSound LiNX 3D, Quattro)

RIE INSATS (INKAPSLAD)



LP MP HP UP

Slanglängd krävs for encased
 OBS! Slanglängd väljs under TILLVAL

Hörapparatmodell: _____

RIE INSATS



LP MP HP

RIE INSATS (IHÅLIG)



LP MP HP

BTE INSATS



SPECIALVENT



TILLVAL

TYP AV KNÄ

Roterbart Fast

SLANGLÄNGD

H V

		0
		1
		2
		3
		4

MODELL

H V

		Micro
		Kanal
		Kanal m/vinge
		1/2 Skal
		3/4 Skal
		1/1 Skal
		1/2 Silhuett
		3/4 Silhuett
		1/1 Silhuett
		Semi Silhuett

VENTILATION

H

V

	__ mm	Invändig	__ mm	
	__ mm	Utvändig	__ mm	
	__ mm	Step vent	__ mm	
		Öppen vent		
		Tät propp		

ALLERGIBEHANDLING

H V

Nanolack

FÄRG

H V

Färg: _____

MATERIAL

H V

Mjuk
 Hård

LÄNGD

H

V

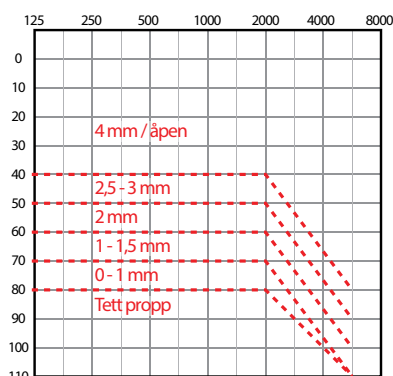
Kort
 Normal
 Lång
 Hela längden på avtrycket

UTDRAGSTRÅD

H V

Utdragstråd

ÖVRIGA ÖNSKEMÅL



GN Hearing Sverige AB
 Box 21075
 20021 Malmö
 Tel: 031-800 150
 E-post: iteorder-se@gnhearing.com

pro.resound.com