

KLINIK

Klinik: _____
 Audionom: _____
 Önskas klart: _____ Ref. nr: _____
 E-mail beställare: _____
 Telefon beställare: _____

BRUKARE

Namn: _____
 Adress: _____
 Postnr & Ort: _____
 Födelsedatum: _____
 Privat Region/Landsting

SureFit 3 (ReSound Nexia, OMNIA, ONE)

HÅRD RIE INSATS (INKAPSLAD)

Encased



LP MP HP UP

RIE INSATS



LP MP HP

RIE INSATS (IHÅLIG)

Hollow cavity



M&RIE LP MP HP

BTE INSATS

H	V



TUNN LJUDSLANG

H	V



Slanglängd krävs för inkapslad (encased)

OBS! Slanglängd väljs under TILLVAL nedan

Hörapparatmodell: _____

SureFit 2 (ReSound LiNX 3D, Quattro)

HÅRD RIE INSATS (INKAPSLAD)



LP MP HP UP

RIE INSATS



LP MP HP

RIE INSATS (IHÅLIG)

Hollow cavity



LP MP HP

BTE INSATS

H	V



TUNN LJUDSLANG

H	V



Slanglängd krävs för inkapslad (encased)

OBS! Slanglängd väljs under TILLVAL nedan

Hörapparatmodell: _____

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

HÖRTELEFON ÖNSKAS

H V

--	--

LÄNGD

H V

		Kort
		Normal
		Lång
		Hela avtryckets längd

VENTILATION

H		mm	Storlek		mm	V
		mm	Step (kort)		mm	
			Öppen vent			
			Tät insats			

MATERIAL

H V

		Mjuk*
		Hård

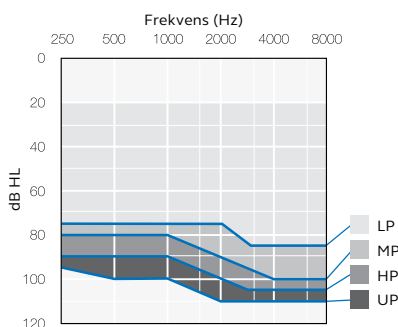
*Inkapslad endast i hårt material

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