

Aanvraag solo-apparatuur / werkplekaanpassing

Een **onvolledig** ingevuld formulier wordt niet in behandeling genomen.

Patiënt-/klantnummer	_____	Naam school/werk	_____
Naam	_____ m/v	Adres school/werk	_____
Voornaam	_____	Postcode	_____
Geboortedatum	_____	Plaats	_____
Functieomschrijving	_____	Firmanaam audicien	_____
Adres privé	_____	Tel.nr. audicien	_____
PC/ Woonplaats	_____	E-mail audicien	_____
E-mailadres	_____	Plaats	_____
Telefoon mobiel	_____	Zorgverzekeraar*	_____
Telefoon school/werk	_____	Polisnummer	_____
Uw werktijden	_____	BSN-nummer	_____

Beantwoord onderstaande vragen zo goed mogelijk voor een snelle en adequate afhandeling

In welke situaties heeft u problemen met horen terwijl u wel de hoortoestellen, CI, BCD draagt?				
Scholing	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Wekelijks	<input type="checkbox"/> Maandelijks
Cursus/presentatie	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Wekelijks	<input type="checkbox"/> Maandelijks
Sociaal isolement	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		
Telefoneren mobiel	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn draadloos (dect)	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn draadgebonden	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Telefoneren vaste lijn via headset	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Werk aan balie/receptie	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Werkzaam in kantoortuin	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
Gesprek op afstand (> 2 meter)	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak

In welke situatie en hoe vaak voert u gesprekken?				
In groep met 1 tot 4 personen	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week
In groep met 4 tot 8 personen	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week
In groep met meer dan 8 personen	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> 1x per week	<input type="checkbox"/> 2x per week	<input type="checkbox"/> > 2x per week

Heeft u nog bijkomende relevante problemen ?

Uw naam:

Patiëntnummer:

Geef enkele specifieke voorbeelden van situaties waarin u ten gevolge van uw gehoorverlies problemen ondervindt. Indien u sociaal isolement aangaf als probleemsituatie of het betreft een werkplekaanpassing, dan graag ook specificeren.

Uw hoortoestellen	Linker oor	Rechter oor
Merk en model		
Type toestel	<input type="checkbox"/> Achter het oor <input type="checkbox"/> In het oor	<input type="checkbox"/> Achter het oor <input type="checkbox"/> In het oor
Optie toestel	<input type="checkbox"/> Ringleiding <input type="checkbox"/> Direct Audio In <input type="checkbox"/> Streaming	<input type="checkbox"/> Ringleiding <input type="checkbox"/> Direct Audio In <input type="checkbox"/> Streaming
Kleur		
Serienummer		
Jaar van aanschaf		

Heeft u accessoires bij uw hoortoestellen? Zo ja, geef aan merk en type

Heeft u al eerder solo gehad? Nee Ja, in _____ (maand en jaar) merk en samenstelling:

Voeg bij deze aanvraag steeds:

- Een voorschrift van een Audiologisch Centrum of KNO-arts.
- Een recent audiogram (gehoortest).

Wanneer er geen of nauwelijks gehoorverlies aanwezig is, echter wel problemen met spraakverstaan in ruis. Dan indien mogelijk aantonen met spraak-in-ruistest, bij kinderen eventueel de Chaps- vragenlijst.

*Bij VGZ en De Friesland verzekerden alleen een aanvraag van audioloog geldig!

Ondertekening door de verzekerde

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te gaan met het doorsturen van de persoonlijke gegevens naar Phonak en Zorgverzekeraar voor de aanvraag van de apparatuur volgens Europese regelgeving van AVG.

Naam: _____ Datum: _____ Handtekening:

Stuur het formulier met audiogram op naar Phonak via fax 088-600 88 51 of proefaanvraag@phonak.nl (ingescand)

Vragen: Bel ons tijdens kantooruren 088-600 88 50

Instemmingsformulier voor Aanvraag solo apparatuur Nederland

Geachte,

1. U heeft aangegeven een aanvraag te willen voor het ontvangen van solo apparatuur via uw zorgverzekeraar.
2. Phonak, een merk van Sonova Nederland B.V., met haar kantoor te Vianen, Laanakkerweg 4, 4131 PA, onderdeel van de Sonova groep, een wereldleider op het gebied van de ontwikkeling en productie van hoortoestellen en cochleaire implantaten, en/of één van de andere ondernemingen in de Sonova groep, zullen voor het hierboven beschreven doel uw persoonsgegevens verwerken zoals in dit formulier beschreven. “Persoonsgegevens” betekent: informatie die u als persoon kan identificeren, zoals uw naam, adres, e-mailadres en telefoonnummer.
3. Uw persoonsgegevens zullen enkel gedeeld worden met uw zorgverzekeraar. Phonak zal uw persoonsgegevens alleen verwerken in lijn met de Europese regels zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Nederlandse implementaties daarvan, zoals de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Ondernemingen binnen de Sonova groep, maar buiten de Europese Economische Ruimte (EER), zullen ook gebonden zijn aan de AVG door contractuele verplichtingen. De contracten die de verwerking van uw persoonsgegevens door andere ondernemingen binnen de Sonova groep beheersen zijn goedgekeurd door de Europese Commissie. Entiteiten buiten de EER en die geen onderdeel zijn van de Sonova groep zullen door bewerkersovereenkomsten gehouden zijn aan de AVG.
4. Phonak en eventueel andere ondernemingen binnen en buiten de Sonova groep zullen uw persoonsgegevens alleen gebruiken om te voldoen aan uw verzoek om solo apparatuur aan te vragen.
5. Uw persoonsgegevens zullen bewaard en verwerkt worden in overeenstemming met dit instemmingsformulier. U kunt altijd uw instemming intrekken door Phonak hiervan te informeren.
6. U heeft het recht om inzage te vragen in de gegevens die Phonak van u heeft, en om deze aan te passen. U heeft het recht om Phonak beperkingen op te leggen in de verwerking van uw persoonsgegevens. U kunt bezwaar maken tegen de geautomatiseerde verwerking van uw persoonsgegevens door Phonak, en u kunt een uittreksel met uw gegevens krijgen, indien dit technisch haalbaar is. Indien u informatie wenst over de verwerking van uw persoonsgegevens, kunt u contact opnemen met de afdeling juridische zaken van Sonova op privacy@sonova.com. Klachten over de behandeling van uw persoonsgegevens kunt u indienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Geeft u alstublieft hieronder aan dat u instemt en vul uw gegevens in:

- Ja, ik geef hierbij toestemming aan Phonak en de Sonova groep om mijn persoonsgegevens te gebruiken bij contacten met mijn zorgverzekeraar in het kader van mijn aanvraag voor solo apparatuur.

Handtekening: _____

Datum: _____ / _____ / _____

Voornaam en achternaam: _____

Postadres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____