Healthy Hearing Program
Special Olympics International

Zalecenia przesiewowych badań kontrolnych

_____ _____ _____
Imię i nazwisko zawodnika (druk) Miejsce Olimpiady Specjalnej (druk) Data

_____ _____
Adres zawodnika (druk) Numer telefonu zawodnika

☑ Nie uzyskałeś(-łaś) pozytywnego wyniku przesiewowego badania słuchu ucha ☐ prawego ☐ lewego

☐ Nie uzyskałeś(-łaś) pozytywnej oceny ucha środkowego ☐ prawego ☐ lewego

☑ W ramach programu HH podczas Olimpiady Specjalnej wykonano:
☑ Ocenę ucha zewnętrznego ☑ Badanie przesiewowe słuchu ☑ Badanie przesiewowe ucha środkowego
☐Formularz ochrony słuchu przed hałasem ☐Formularz zaburzeń słuchu
☐ Inne _____

☑ Zalecenia: powinieneś zgłosić się do laryngologa
- ☐ celem usunięcia woskowiny z ucha ☐ prawego ☐ lewego
- ☐ celem zweryfikowania ewentualnych zmian ucha środkowego ☐ prawego ☐ lewego
- ☑ celem zweryfikowania ewentualnych zaburzeń słuchu ucha

☐ Podsumowanie _____

_____

_____

_____(podpis) _____ (druk)
☐ Audiolog / laryngolog lub ☐ HH Dyrektor Kliniczny

POLISH