

PROGRAM ZDRAV SLUH SPECIAL OLYMPICS INTERNATIONAL

SKUPNI REZULTATI TESTIRANJA

Ime in priimek atleta (TISKANO) _____ Dogodek Specialne Olimpiade (TISKANO) _____ Datum _____

- **ČESTITAMO !** Vi **STE OPRAVILI** presejalno testiranje na okvare sluha na obeh ušesih.
- **Pomembno je da:**
 - vam vaš izbrani zdravnik pregleda sluhovoda zaradi nabiranja ušesnega masla 1 / 2* krat v letu
 - vam ORL specialist/avdiolog preveri sluh na 1 / 3 / 5* leto(a)
- **Pri tokratnem pregledu na tem dogodku Specialne Olimpiade smo vam opravili/dali:**
 - Pregled sluhovodov
 - Presejalno testiranje sluha
 - Pregled delovanja srednjega ušesa
 - Prejeli ste sluhovodne čepke proti vstopu vode v sluhovod
 - Prejeli ste sluhovodne čepke proti hrupu
 - Ostalo

Special Olympics
Healthy Hearing



SLOVENSKO / SLOVENIAN