

INNEHÅLL

- Hörselskydd Par Höger Vänster
 Avtryck Par Höger Vänster

Serienummer: _____

Medsända filter: _____

AVTRYCKSTAGARE

Datum: _____

Namn: _____

Företag: _____

Gata: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

FAKTURERINGSADRESS

Samma som användare

Kundnummer:

Organisationsnummer: _____

Namn: _____

Referens: _____

Gata: _____

Postadress: _____

FELBESKRIVNING

- Hörselskydd upplevs för långa
(Förtydliga med en bild eller text)
- Hörselskydd upplevs för korta
(Behöver nytt längre avtryck)
- Hörselskydd glappar / Glider ur
(Kan behöva nytt avtryck taget med öppen käke)
- Hörselskydd upplevs för stort i omkrets
- Svårt att få hörselskydd på plats
- Ocklusionsproblem
Upplever sitt egna tal förvrängt eller starkare
(Behöver nytt längre avtryck)
- Hörselskydd skaver
(Förtydliga med bild eller markering på hörselskydd)

SKICKAS TILL

Bellman & Symfon Europe AB
S:a Långebergsgatan 30
436 32 Askim

ANVÄNDARE

Skickas direkt till användare

Född:
(ååååmmdd)

Namn: _____

Gata: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Bellman & Symfon vill **inte** ta del av någon personlig medicinsk hälsoinformation.

ANVÄNDNINGSSOMRÅDE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sångare | <input type="checkbox"/> Pilot |
| <input type="checkbox"/> Musiker/DJ/Ljudtekniker | <input type="checkbox"/> Restaurangpersonal |
| <input type="checkbox"/> Blåsinstrumentalist | <input type="checkbox"/> Motorcykelåkare |
| <input type="checkbox"/> Lärare/Fritidspedagog | <input type="checkbox"/> Verksam inom industri |
| <input type="checkbox"/> Idrotts-/Slöjdlärare | <input type="checkbox"/> Allmänt ljudkänslig |
| <input type="checkbox"/> Polis/Brandman | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Förtydliga med en bild eller text.

Om nya avtryck bifogas p.g.a passformsproblem var noga med att fylla ut så mycket som möjligt av hörselgången, helst förbi andra kröken. Om Hörselskydden glappar vid käkrörelse, ta avtrycket i det läge med käken där nuvarande hörselskydd glappar mest.