

## HNO- und phoniatisches Gutachten

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Nase/Nasopharynx

keine Beeinträchtigung

Rhinoscopia anterior \_\_\_\_\_

Rhinoscopia posterior \_\_\_\_\_

### Larynx

keine Beeinträchtigung

Spiegelbefund \_\_\_\_\_

Stimmlippen \_\_\_\_\_

Farbe, Kontur, Schleimhaut \_\_\_\_\_

Grobe Beweglichkeit \_\_\_\_\_

Übriger Larynx,  
Taschenfalten usw. \_\_\_\_\_

Stimmstärke \_\_\_\_\_

Schwellvermögen \_\_\_\_\_

Stimmqualität \_\_\_\_\_

Stroboskopie \_\_\_\_\_

Weitere Untersuchungen \_\_\_\_\_

## Pharynx/Mundhöhle

keine Beeinträchtigung

Velumbeweglichkeit

---

Zungenbeweglichkeit

---

Mundmotorik

---

## Ohren

keine Beeinträchtigung

**Bitte Audiogramm beilegen!**

## Beurteilung

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel

---