Ihr persönliches Hör-Tagebuch

| | Wie gut verstehe ich mein Gegenüber? | | | Wie nehme ich Geräusche in meiner Umgebung wahr? | | | Wie ist der Trage- komfort? | | | Wie sehr strengt mich das Hören an? | | |
|-----|---|--|---------|---|--|---------|--------------------------------|--|---------|--|--|---------|
| Tag | | | \odot | | | \odot | | | \odot | | | \odot |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |