

ECHO AUDIOLOGY



373 Vantage Drive, Unit 1
Orléans, ON, K4A 3W2



T 613-841-3033
F 613-319-3611



www.echoaudiology.com



info@echoaudiology.com



Karine Bossé, M.Sc.S., Aud (C)
Arshdeep Kaur Rao, M. Aud. St.



M 9-6 T 9-6 W 9-5 Th 9-5 F 9-1

**Please send us the referral with the relevant information. You are also welcome to use your own referral system.*

**Veuillez nous envoyer la référence avec l'information nécessaire. Sentez-vous aussi à l'aise d'utiliser votre propre système de référence.*

Audiology Referral • Référence en audiologie

Patient information:

Date:

Appointment Type • Type de rendez-vous

Hearing Test for a Child (6 months +) **Test auditif pour un enfant (6 mois et +)**

Hearing Test for an Adult **Test auditif pour un adulte**
(Medical Reasons, Employment, Hearing Difficulties/Loss) *(Medical Reasons, Employment, Hearing Difficulties /Loss)*

Tinnitus Consultation **Consultation pour acouphène**

Hearing Aid Consultation **Consultation pour appareils auditifs**

Hearing Aid Verification (Pt has hearing aids) **Vérification d'appareils auditifs (Pt a déjà des appareils)**

Hearing Test for 3rd Party Application or Funding **Test auditif pour application de subvention**
(ADP, WSIB, VAC, RCMP, NIHB, ODSP & CNESTT) *(PAAF, CSPAAT, ACC, GRC, SSNA, POSPH & CNESTT)*

Emergency or Sudden Hearing Loss Consultation **Consultation d'urgence ou pour perte auditive soudaine**

2nd Opinion Consultation **Consultation de 2^{ième} Opinion**

Wax Removal (18+) **Extraction de cérumen (cire) (18+)**
(Presence of wax confirmed is preferred prior to referring so we can make sure to properly schedule the Pt for their needs) *(Présence de cire confirmée est préférable avant la référence afin qu'on puisse offrir le rendez-vous approprié au patient selon leurs besoins)*

Other Consultation **Autre consultation**

Notes: _____

Physician / Referral Information: