

## Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen

### 1. Personendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

Neuversorgung       Ersatzversorgung

### 2. Indikation:

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Ein Antrag auf Neufeststellung ist gestellt:     Ja       Nein

Merkzeichen:     B     G     aG     H     RF     BI     GI     TBI     keine

Diagnose laut Verordnung: \_\_\_\_\_

**Funktionelles Sehvermögen:**

Visus (ggf. für beide Augen getrennt) \_\_\_\_\_

**Gesichtsfeld:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Beeinträchtigungen:** \_\_\_\_\_

### 3. Informationen zum Bedarf

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt?



**Wie haben Sie benötigte Informationen bislang erhalten?**

**Wie oft wollen Sie das Gerät nutzen?** \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

**Brailleschulung:** Nachweis der Braille-Kenntnisse (bei Erwachsenen)

Wo: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Welche Brailleschrift: \_\_\_\_\_

#### **4. Erprobung**

**Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?**

**Wurden alternative Braillezeilen erprobt?**  Ja  Nein

**Wenn ja, welche (HMV-Nummer):**

\_\_\_\_\_

**Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?**

**Kann das Gerät alleine bedient werden?**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer

**Anlage:**

Verordnung des Arztes

Erprobungsbericht des Leistungserbringers

Nachweis der Braillekenntnisse