

Bedarfserhebungsbogen für Farberkennungsgeräte

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 zur Farberkennung sind Sie bislang versorgt?

Wie haben Sie benötigte Informationen zu Farben bislang erhalten?

4. Erprobung

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Kann das Gerät alleine bedient werden? Ja Nein

Wurden alternative Produkte erprobt? Ja Nein

Wenn ja, welche (HMV-Nummer):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlage:

Verordnung des Arztes

Erprobungsbericht des Leistungserbringers