

Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte

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. Lesebedarf

Welches Lesegut möchten Sie lesen:

Tageszeitung Zeitschrift Buch Korrespondenz

Sonstiges: _____

Wie oft wollen Sie das Gerät nutzen? _____ Stunden/Tag

Wie haben Sie bislang Informationen über geschriebenen Text erhalten?

4. Bisherige Versorgung

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt? (HMV-Nummer, falls vorhanden):

Warum reichen diese Hilfsmittel zum Lesen nicht mehr aus?

5. Erprobung

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Welches Lesegut haben Sie ausprobiert?

Wurden alternative Produkte erprobt? Ja Nein

Wenn ja, welche (HMV-Nummer, falls vorhanden):

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