Stand 15.10.2025

Erhebungsbogen für die Versorgung mit Blindenhilfsmittel

In Übereinstimmung mit den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband Erhebungsbögen im Rahmen von Fortschreibungen der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V.

Die Erhebungsbögen dienen der Feststellung und Erfassung der versorgungsrelevanten Informationen über die Versicherte oder den Versicherten, die Art und den Umfang der Versorgung, gegebenenfalls vorhandene zusätzliche Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen sowie etwaige Vorversorgungen.

Die Bögen sind für die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen grundsätzlich nicht verpflichtend. Die Entscheidung über die Verwendung der Erhebungsbögen obliegt den Vertragspartnern gemäß § 127 SGB V. Ergänzungen zu den Erhebungsbögen können zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich vereinbart werden. Die gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz (insbesondere DSGVO, BDSG, § 35 SGB I, §§ 67 – 85a SGB X) sind von den Nutzern des Erhebungsbogens als datenschutzrechtlich verantwortliche Stellen eigenverantwortlich zu beachten (zum Beispiel eventuelle Einwilligungs- und Informationserfordernisse).

Personendaten

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Leistungserbringer: _____

□ Neuversorgung □ Ersatzversorgung

Grad der Behinderung: _____

Ein Antrag auf Neufeststellung ist gestellt: □ Ja □ Nein

Merkzeichen:

□ Begleitperson (B)

□ Blindheit (Bl)

□ hochgradige Sehbehinderung (hs)*

□ erhebliche Gehbehinderung (G)

□ außergewöhnliche Gehbehinderung (aG)

□ Hilflosigkeit (H)

□ Befreiung Rundfunkgebühren (RF)

□ Blindheit (Bl)

□ Gehörlosigkeit (Gl)

□ Taubblindheit (TBl)

□ keine

Diagnose laut Verordnung:

Funktionelles Sehvermögen:

Visus (ggf. für beide Augen getrennt) _____

Gesichtsfeld: _____

Sonstige Beeinträchtigungen:

*nur Mecklenburg-Vorpommern

VERSORGUNG MIT VORLESEGERÄTEN

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?

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt? (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden):

Warum reichen diese Hilfsmittel zum Lesen nicht mehr aus?

Erprobung:

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Welches Lesegut haben Sie ausprobiert?

Wurden alternative Produkte erprobt? □ Ja □ Nein

Wenn ja, welche (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden):

*nur Mecklenburg-Vorpommern

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

Kann das Gerät allein bedient werden? □ Ja □ Nein

VERSORGUNG MIT BRAILLEZEILEN

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden)?

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: _____

Erprobung

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Wurden alternative Braillezeilen erprobt? □ Ja □ Nein

*nur Mecklenburg-Vorpommern

Wenn ja, welche (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

Kann das Gerät allein bedient werden? □ Ja □ Nein

VERSORGUNG MIT FARBERKENNUNGSGERÄT:

Mit welchen Hilfsmitteln zur Farberkennung sind Sie bislang versorgt (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden)?

Wie haben Sie benötigte Informationen zu Farben bislang erhalten?

Erprobung:

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Kann das Gerät allein bedient werden? □ Ja □ Nein

Wurden alternative Produkte erprobt? □ Ja □ Nein

Wenn ja, welche (Hilfsmittelpositionsnummer, falls bekannt):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

*nur Mecklenburg-Vorpommern

VERSORGUNG MIT EINEM GERÄT ZUR PRODUKTERKENNUNG:

Mit welchen Hilfsmitteln zur Produkterkennung sind Sie bislang versorgt (Hilfsmittepositionsnummer falls vorhanden)?

Wie haben Sie benötigte Informationen bislang erhalten?

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

Erprobung:

Wo und wie lange haben Sie das Produkt erprobt?

Kann das Gerät allein bedient werden? □ Ja □ Nein

Wurden alternative Produkte erprobt? □ Ja □ Nein

Wenn ja, welche (Hilfsmittelpositionsnummer, falls vorhanden):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlage: Erprobungsbericht des Leistungserbringers

*nur Mecklenburg-Vorpommern