

# Bedarfserhebungsbogen für ein Training zur Orientierung und Mobilität

## 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: \_\_\_\_\_

### Funktionales Sehvermögen:

Blendempfindlichkeit     Sonne       Straßenbeleuchtung  
 Autoscheinwerfer       Raumbeleuchtung     Nachtblindheit

anderes: \_\_\_\_\_

Adaption:     verringert     deutlich verringert     unmöglich



**Farbsehvermögen:** \_\_\_\_\_

**Kontrastsehvermögen:** \_\_\_\_\_

**Hinderniswahrnehmung:** \_\_\_\_\_

**Bodenhinderniswahrnehmung:**  sicher  unsicher

**Sonstige Beeinträchtigungen** (z.B. Hörminderung, Gehbehinderung):

### 3. Informationen zum Bedarf

**Wie wohnen Sie?** (Haus, Wohnung, Wohnanlage, Dorf, Stadt, Nutzung ÖPNV etc.)

**Bisherige Orientierungsstrategie:**

**Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt?**

### 4. Schulungsbedarf

**Schulungsplan des Leistungserbringers:**  Ja  Nein

**Schulungsinhalte früherer Schulungen:**

**Wünsche und Erwartungen an die Schulung** (Schulungsinhalte, Ziel der Schulung):

**Zeitl. Umfang je Woche:** \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

**Besteht die Bereitschaft den Langstock in der Öffentlichkeit zu verwenden?**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

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

**Anlage:**

Verordnung des Arztes

Schulungsplan des Leistungserbringers

Unterlagen vorheriger Schulungen