

Bedarfserhebungsbogen für Hilfsmittel zur Produkterkennung

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 Produkterkennung sind Sie bislang versorgt?



Wie haben Sie benötigte Informationen bislang erhalten?

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

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, falls vorhanden):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet?

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlage:

Verordnung des Arztes

Erprobungsbericht des Leistungserbringers