

# Testbogen

Elektronische Lupe, Bildschirmlesegerät, Vorlesesystem oder Braillezeile

Zur Vorlage bei der Krankenkasse



Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Krankenkasse/Kostenträger	Versicherten-Nr.	E-Mail:
Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am	Telefon
Straße	PLZ	Ort
Pflegegrad: _____	Begründung zur Versorgung: _____	
Der/die Versicherte ist zuzahlungsbefreit:	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis hat vorgelegen	<input type="checkbox"/> Nein

**Achtung! Den Testbogen bitte nur mit ausgefüllter Datenschutzerklärung an die Firma Optelec senden, da sonst keine Antragsstellung erfolgen kann!**

<b>Indikation laut augenärztlicher Verordnung:</b> _____	R.: _____	L.: _____
	Bestkorrigierter Fernvisus	
<b>Durchführung des Testes:</b> <input type="checkbox"/> mit Brille <input type="checkbox"/> ohne Brille	R.: _____	L.: _____
<b>Dauer des Testes:</b> <input type="checkbox"/> bis zu einer Stunde <input type="checkbox"/> über eine Stunde	Bestkorrigierter Nahvisus	

**Bereits vorhandene Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Elektronische Lupe</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bildschirmlesegerät</b>	
<b>Testgerät:</b> _____		
<b>Schriftdarstellung:</b>	<b>positiv</b> <b>negativ</b> <b>Bildschirmgröße:</b>	
<input type="checkbox"/> schwarz/weiß	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43 cm <input type="checkbox"/> 48 cm <input type="checkbox"/> 55 cm <input type="checkbox"/> _____ cm
<input type="checkbox"/> andere Farbkombinationen _____ / _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vergrößerungsbedarf: _____
<input type="checkbox"/> Echtfarbe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Optisch vergrößernde Sehhilfen sind nicht mehr ausreichend

<input type="checkbox"/> <b>Vorlesegerät</b>	<input type="checkbox"/> <b>Braillezeile</b>
<b>Testgerät:</b> <input type="checkbox"/> Vorlesegerät LS20 CR+ <input type="checkbox"/> Vorlesegerät mit Braillezeile <input type="checkbox"/> Braillezeile, Typ: _____	
Wird die Sprache verstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden andere Blindenhilfsmittel oder vergrößernde Sehhilfen getestet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____	
Wird die Bedienung nach Einweisung <u>eigenständig</u> beherrscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Optische / elektronische Sehhilfen sind nicht mehr ausreichend	

**Weitere Angaben** \_\_\_\_\_

**zur Testung:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Der/die Versicherte hat das Gerät selbst bedient</b>	<input type="checkbox"/> <b>Der/die Versicherte bewertet das Gerät als gut/sehr gut</b>	
<b>Das Gerät wird hauptsächlich benötigt für:</b>		
<input type="checkbox"/> Tageszeitung	<input type="checkbox"/> Persönliche Post/Rechnungen	<input type="checkbox"/> Bücher/Zeitschriften
<input type="checkbox"/> Medikamenten-Beipackzettel	<input type="checkbox"/> Bedienungsanleitungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Mit dem getesteten Gerät kann nach dem Medizinproduktegesetz § 3 Abs. 1 b) der Verlust bzw. die Einschränkung des Sehvermögens bestmöglich kompensiert werden. Dem/der Versicherten wird nach Sozialgesetzbuch IX § 31, § 33 und § 55 durch dieses Hilfsmittel eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht.		
<b>Die tägliche Nutzung beträgt:</b>	<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 2 Stunden <input type="checkbox"/> über 2 Stunden

**Ich wurde informiert, dass es einen Gerätetyp gibt, der mir von der Krankenkasse aufzahlungsfrei zur Verfügung gestellt wird.**

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Test durchgeführt von:** \_\_\_\_\_  
Firma und Name (in Druckbuchstaben)

**Versicherte/r:** \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_   
Unterschrift (und Stempel, wenn vorhanden)