Krankenkasse		
Name, Vorname		geb.am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status
Arzt-Nr.	gültig bis	Datum

Testbogen Bildschirmlesegerät

Zuzahlungsbefreit: _____

Telefonnummer: _____

email, etc.: _____

Bestkor. Visus rechts		Bestkor. Visus Links		Vergrößerungs-bedarf (x-fach)		

Bildschirmlesegerät:

.....

Farbdarstellug:	positiv:	negativ:	farbig:

vorhandene Lesehilfsmittel: .....

Das Gerät wird zum Lesen von … benötigt:

Tageszeitung:	
Kontoauszüge:	
Post:	
Bücher:	
Sonstiges:	

Der/dem Versicherten wird nach dem Sozialgesetzbuch IX§31,§33,§55 durch dieses Hilfsmittel eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht ☐

Der Test wurde durch ein Fachmann durchgeführt und dauerte etwa (Minuten): ☐

Optische Vergrößerungen sind nicht mehr ausreichend: ☐

Der/die Versicherte kann das Bildschirmlesegerät eigenständig bedienen ☐

.....

LESELUPE LINDEMANN Ort, Datum: Versicherte/er:

Günter Lindemann
Augenoptikermeister
Dorfstraße 58, 07751 Jena, Tel.: 0176 6550 1899, leselupe-lindemann.de