

## **Erprobungsbericht**

### **für elektronisch vergrößernde Sehhilfen / Blindenhilfsmittel**

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bremen/Bremerhaven meine persönlichen Daten zum Zwecke der Versorgung mit einem Hilfsmittel direkt vom oben genannten Leistungserbringer erhält und dieser die Daten erheben darf, um die erfolgreich erprobte Hilfsmittelversorgung zu beantragen oder die erfolglose Erprobung abrechnen zu können.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung in die Datenübermittlung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

#### **Versicherter**

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

KV- Nr. : \_\_\_\_\_

#### **Erprobte Versorgung:**

Lesefähigkeit mit mindestens Nahvisus 0,5 erreicht mit

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Lupe optisch bis 6-facher Vergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupenbrille bis 4-facher Vergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernrohrbrille mit Aufsatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elektrische Lupe ab 6-facher Vergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bildschirmlesegerät mit Monitor bis 22"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bildschirmlesegerät mit Monitor > 22"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

Erprobungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erreichter Visus cc: \_\_\_\_\_

B. Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

Erprobungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erreichter Visus cc: \_\_\_\_\_

C. Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

Erprobungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erreichter Visus cc: \_\_\_\_\_

D. Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

Erprobungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erreichter Visus cc: \_\_\_\_\_

**Erprobungsergebnis:**

- Das Hilfsmittel \_\_\_\_\_ stellt eine wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung dar, die Erprobung war erfolgreich. Eine dauerhafte Versorgung mit diesem Hilfsmittel wird beantragt.
- Die Erprobung hat ergeben, dass eine Hilfsmittelversorgung unzweckmäßig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
Leistungserbringers