

Bericht zur Erprobung von vergrößernden Sehhilfen

Datum:

Krankenkasse:

Name, Vorname:

Behandelnde Augenarztpraxis/Klinik:

Beratender Augenoptiker:

Rezept nicht erforderlich

Rezept muss noch erstellt werden

Rezept vorhanden

Refraktion / WHO mindestens Stufe 1:

	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Add.	Visus _{cc}
R:						
L:						

Vergrößerungsbedarf für den Zeitungsdruck (Eschenbach-Leseprobe): fach

mit Raumbelichtung

mit Zusatzbeleuchtung

Vorhandene, noch genutzte Sehhilfen:

1.	
2.	

Seh- oder Lesewunsch:

1.	
2.	
3.	

Ausgewählte und erprobte Sehhilfen:

	Art der Sehhilfe	Hilfsmittelnummer
1.		
2.		
3.		

Erfolgsbeschreibung:

1.	
2.	
3.	

Die ausgewählten und erprobten Sehhilfen erhalten die Lesefähigkeit, Selbstständigkeit und Mobilität von Frau / Herr _____. Die Anwendung der Sehhilfen wurde geübt und wird beherrscht. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bleibt erhalten.

Erfolgs- und Wirtschaftlichkeitsbestätigung:

Andere vergrößernden Sehhilfen erfüllten aus habituellen Gründen nicht den gleichen Zweck und haben nicht den gleichen Erfolg gebracht.