

## Analysebogen für vergrößernde Sehhilfen

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

Damit wir Sie optimal beraten können benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Den Fragebogen füllen Sie bitte vor Ihrem Termin aus und bringen Ihre Sehhilfen, welche Sie zur Zeit nutzen mit, damit wir vergleichen können, mit welchem Hilfsmittel eine Verbesserung eintritt.

Für die Beratung planen Sie bitte 90 min ein. Diese Sehberatung, Anpassung und Erprobung hat einen Wert von 67 € und ist eine private Leistung, welche nicht von den Krankenkassen übernommen wird.

Im Preis inbegriffen ist die Anforderung des Rezeptes beim Augenarzt sowie den Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse, denn für einige Versicherte gibt es Zuzahlungen von der Krankenkasse.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Angehörige /Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Um welche Augenerkrankung handelt es sich? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie am grauen Star operiert/ wenn ja- wann? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre Wünsche bzgl. Des Sehens? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr derzeitig größtes Problem bzgl. des Sehens? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sonnenbrille? \_\_\_\_\_