



T15 Tilleggsskjema for synshjelpemiddel

1. Bruker

Fornavn	Etternavn	Fødselsdato (seks siffer)
---------	-----------	---------------------------

2. Kontaktpersoner

Øyelege			
Fornavn		Etternavn	
Telefon/mobil		Siste undersøkelse hos øyelege (når):	
Optiker			
Fornavn		Etternavn	
Telefon/mobil		Siste undersøkelse hos [] (når):	
Andre samarbeidspartnere Før opp de som er relevant for vurdering, opplæring og oppfølging av hjelpemidlet			
Fornavn		Etternavn	
Ansvar for		Arbeidssted	Stilling
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadresse	Treffes enklest (dag/klokken)
Fornavn		Etternavn	
Ansvar for		Arbeidssted	Stilling
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadresse	Treffes enklest (dag/klokken)
Fornavn		Etternavn	
Ansvar for		Arbeidssted	Stilling
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadresse	Treffes enklest (dag/klokken)

3. Funksjonsbeskrivelse

<p>Synsfunksjon Ved førstegangs henvendelse til hjelpemiddelsentralen legges ved en rapport/uttalelse fra øyelege som beskriver årsak til synsnedsettelsen.</p> <p>Tilleggsvansker</p> <p> <input type="checkbox"/> Kognisjon <input type="checkbox"/> Motorikk <input type="checkbox"/> Hørsel <input type="checkbox"/> Annet </p> <p>Beskriv kort tilleggsproblemene</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
--

4. Hjelpemidler i bruk

<input type="checkbox"/> Avstandsbriller; brukes til	
<input type="checkbox"/> Nærbriller; brukes til	
<input type="checkbox"/> Andre briller: brukes til	

Andre synshjelpemidler som ofte er i bruk? Angi hvilke og hva de brukes til.

Er det noen utlånte synshjelpemidler som ikke benyttes? Beskriv hvorfor.

5. Behov

Bruker har vansker med:

<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> Lesing	<input type="checkbox"/> Skrivning	<input type="checkbox"/> Se på TV	<input type="checkbox"/> Husarbeid	<input type="checkbox"/> Orientering (finne fram ute/inne)
<input type="checkbox"/> Annet					

Hvis annet, beskriv vanskene (eks. generell belysning, plassbelysning, blending, lysømfintlighet, utføre fritidsaktivitet/hobby)