

Personal- / Aufnahmebogen

Familienname

Geburtsname

Vorname

geboren am

Straße

Ort

Telefon

Kreis

Religion

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt lebend

Ursache des Augenleidens

Sind Sie

- Sehbehindert
- als Blind anerkannt
- Vollblind

Wie hoch ist Ihr Sehvermögen ?

RA

LA

Bei welchem Augenarzt sind Sie in Behandlung

Erhalten Sie Blindengeld ?

Nein Ja

nach dem

Landesblindengeldgesetz

Bundessozialhilfegesetz

Kriegsopferfürsorge

Berufsgenossenschaft

Beziehen Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung

Nein Ja

Pflegestufe

I II III

Welche Krankenkasse gehören Sie an :

Anschrift

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis

Nein Ja

Grad der Behinderung

Aktenzeichen

Merkzeichen

G aG B BL H RF,

Nur für Berufstätige bis zum Rentenalter

Welchen Beruf übten Sie vor Ihrer Erblindung / Sehbehinderung aus?

Welchen Beruf üben Sie aus ?

Sind Sie umgeschult ?

Beherrschen Sie die Blindenschrift ?

Datum

Unterschrift
