

# Angaben zur Person des sehbehinderten Menschen

.....  
Name

Vorname

Geb.Datum

---

## Ärztliche Stellungnahme zur bestimmungsgemäßen Verwendung der Landesblindenhilfe gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2 BliHG<sup>1</sup>

- 1) Welche anderen Sinneskanäle anstelle des Sehsinns kann der Antragsteller/die Antragstellerin kompensatorisch für die Wahrnehmung seiner/ihrer Umwelt einsetzen?<sup>1</sup>

Hören     Tasten     Fühlen     Riechen     Sonstiges: .....

- 2) Kann der/die Antragsteller/Antragstellerin eigene Gefühle/Wünsche oder seine/ihre Reaktion auf Angebote der Umgebung sprachlich oder nicht-sprachlich z.B. über

- sprachliche Äußerungen
- Lautieren
- Gebärden
- Mimik
- Körpersprache
- technische Hilfsmittel

im Alltag kommunizieren?<sup>1</sup>

ja     nein

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

\_\_\_\_\_  
Stempel Gesundheitsamt und Unterschrift des Arztes oder  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

---

<sup>1</sup> Ziel der Untersuchung ist die Klärung der Frage, ob der/die Antragsteller/Antragstellerin andere Sinneskanäle kompensatorisch für den ausgefallenen Sehsinn einsetzen kann, um eigene Wünsche zu kommunizieren oder Kommunikationsangebote aus der Umwelt anzunehmen oder abzulehnen. Eine erreichte Punktzahl ist nicht erforderlich, sondern die grundsätzlich vorhandene Möglichkeit ist ausreichend für die Möglichkeit zur bestimmungsgemäßen Verwendung der Landesblindenhilfe gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2 BliHG.

Die Feststellungen müssen insbesondere die Motivationslage des/der Antragstellers/Antragstellerin zum Zeitpunkt der Untersuchung berücksichtigen. Mehrfach behinderte blinde Antragsteller/Antragstellerinnen benötigen Zeit und eine positive, einfühlsame Herangehensweise, um das notwendige Vertrauen aufzubauen, mit einer fremden Person Kontakt aufzunehmen. Daher sind bei Scheitern einer Kontaktaufnahme (= keine Reaktion) in der Untersuchung glaubhafte Hinweise und Berichte aus dem Lebensumfeld des/der Antragstellers/Antragstellerin ebenfalls zu berücksichtigen.