

## Gesuch um Abklärung eines Hilfsmittels

### Gewünschte Durchführungsstelle:

b-at AG Beratung assistive Technologien, Chamstrasse 33, 8934 Knonau

---

### Hilfsmittel Abklärung für:

- Kommunikation **HVI 15.02**, Hilfsmittel für sprech- und schreibunfähige Personen.
  - Umfeldkontrolle **HVI 15.05**, Hilfsmittel zur Ansteuerung von Lampen, Türen, Telefon usw.
  - Arbeitsplatz und Ausbildung **HVI 13.01**, Eingabehilfsmittel wie Hard- und Software.
- 

### Versicherte Person

Geschlecht:  weiblich  männlich

Vorname: .....

Nachname: .....

Adresse: .....

IV Nummer: .....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

Mailadresse: .....

---

**Institution**

Namen der Institution: .....

Adresse: .....

---

**Ansprechperson für die Abklärung**

Vorname: .....

Nachname: .....

Mailadresse: .....

Telefonnummer: .....

---

**Diagnose:**

---

**Begründung, weshalb ein Hilfsmittel benötigt wird:**

---

Datum und Unterschrift

  
  

.....