

Informationen über das mobile Vorlesegerät VoxiVision

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

Ihr:e Patient:in hat bei einer Vorführung das mobile Vorlesegerät die VoxiVision kennengelernt. Die VoxiVision ist eine neuartige Sehhilfe, die Blinden und Sehbehinderten den Alltag deutlich erleichtert. Das Gerät erfasst digitale und handgeschriebene Texte und verarbeitet diese umgehend. Es kann dabei aufgrund seiner Größe und Gewichts leicht in der Hand gehalten werden. Alternativ kann die VoxiVision mit dem mitgelieferten Stativ ausgerichtet werden, so können selbst A4-Seiten perfekt gelesen werden. Die KI-gestützte Bild- und Umgebungsbeschreibung kann nicht nur Texte vorlesen und übersetzen, sondern Fragen zum Text direkt beantworten. Außerdem erkennt die VoxiVision Farben, Produkte und Banknoten zuverlässig und macht Details, dank der bis zu 25-fachen Vergrößerung, sichtbar.

Fakten zum Hilfsmittel:

- Diktiergerät
- Mehrsprachig mit Übersetzer
- Mobiles Vorlesegerät & Lupe
- KI-Bildanalyse
- Exportfunktion
- Barcode-, Banknoten- und Etikettenerkennung



Beantragung

Es besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse die Kosten des Systems übernimmt oder sich an den Kosten beteiligt. Um eine Kostenübernahme zu beantragen, benötigt Ihr:e Patient:in eine entsprechende Verordnung. Auf dieser Verordnung sollte stehen:

- mobiles Lesegerät mit Vorlesefunktion VoxiVision
- Diagnose – bzw. Indikation (Augenkrankheit)
- Restvisus nach Korrektur
- Eintrag Sehbehinderung mind. WHO 1

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung!

Freundliche Grüße
Ihr feelSpace-Team

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung von 8A vergrößernden Sehhilfen																																																															
Krankenkasse																																																																	
Name, Vorname des Versicherten																																																																	
Phil Space Gürtelweg 42 12345 Norden		geb. am	15.01.2026																																																														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																															
Befund:																																																																	
Bestkorrigierter Fernvisus rechts	0.05	Bestkorrigierter Fernvisus links	0.02																																																														
Sehbehinderung mindestens WHO 1		<input checked="" type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen																																																														
		<input type="checkbox"/> Erst- versorgung	<input type="checkbox"/> Folge- versorgung																																																														
		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)																																																														
		<input type="checkbox"/> Vergrößerungs- bedarf	<input type="checkbox"/> fach																																																														
		<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> Ersatz																																																														
Menge und Art der Verordnung: mobiles Lesegerät mit Vorlesefunktion VoxiVision																																																																	
Diagnose/Begründung: Diagnose																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Kostenrechnung des Leistungserbringers</th> </tr> <tr> <th colspan="5">10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer</th> <th>Betrag Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>Sphäre</td> <td>Zylinder</td> <td>Achse</td> <td>Prisma</td> <td>Basis</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Scheitel- abstand</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> </tr> </tbody> </table>						Kostenrechnung des Leistungserbringers						10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer					Betrag Euro	R	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	F					Scheitel- abstand	L						N						L																		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes					
Kostenrechnung des Leistungserbringers																																																																	
10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer					Betrag Euro																																																												
R	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis																																																												
F					Scheitel- abstand																																																												
L																																																																	
N																																																																	
L																																																																	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																																																																	