

Umfrage der „Landesarbeitsgemeinschaft Hörsehbehindert / Taubblind“ zum Merkzeichen TBL

Seit 30.12.2016 gibt es für Hörsehbehinderte und Taubblinde das Merkzeichen „TBL“ im Schwerbehindertenausweis. Wir, die „**Landesarbeitsgemeinschaft hörsehbehindert / taubblind in Baden-Württemberg**“ (LAG tbi BW) sind der Meinung: Das neue Bundesgesetz reicht nicht aus!

Es gibt viele Hörsehbehinderte und Taubblinde, die das Merkzeichen „TBL“ **nicht** bekommen.

Das können wir nicht akzeptieren. Wir möchten deshalb so schnell wie möglich Zahlen vorlegen, die das beweisen. Bitte macht deshalb alle bei der Umfrage der „LAG tbi BW“ mit.

Danke ☺

Was geschieht mit der Umfrage?

Alle Daten werden **anonym** von der LAG tbi BW bewertet! Nach der Auswertung möchten wir Zahlen haben, die wir den Politikern vorlegen können. Die Informationen dienen ausschließlich zur Auswertung. Es werden keine Daten weitergegeben. Die Umfrage wird nur in Papierform durchgeführt.

Mit dem Ergebnis können wir Aussagen machen, z. B.:

- Wieviele Hörsehbehinderte und Taubblinde gibt es in Baden-Württemberg?
- Wieviele Hörsehbehinderte haben kein Merkzeichen TBL?
- Wieviele Taubblinde und Hörsehbehinderte benötigen Assistenz?
- Welche anderen Hilfen brauchen Taubblinde und Hörsehbehinderte in Baden-Württemberg?

Die ersten drei Angaben dienen lediglich der Datenerfassung und werden nach der Erhebung der Statistik **gelöscht**.

Geburtsdatum ____ . ____ . ____ ____ ____ ____

Geburtsort _____

Wohnort _____

Umfrage

Zur Person

Geschlecht Männlich Weiblich

Alter _____ Jahre

Ursache der Hörsehbehinderung / Taubblindheit

Usher 1 Usher 2 CHARGE

Neurofibromatose 2 Alterstaubblindheit/Altershörsehbehinderung

Sonstiges _____

Hören und Sehen: (Mehrfachnennungen möglich)

Ich bin an Taubheit grenzend schwerhörig. ja nein

Hörverlust größer als 80% ja nein

Hörverlust kleiner als 80% ja nein

Ich bin hochgradig sehbehindert. ja nein

Sehschärfe weniger als 0,1 ja nein

Sehschärfe weniger als 0,05 ja nein

Gesichtsfeld kleiner als 30% (beide Augen) ja nein

Weitere Erkrankungen: _____

Schwerbehindertenausweis

Grad der Behinderung: _____%

Merkzeichen GL ja nein

Merkzeichen BL ja nein

Merkzeichen TBL ja nein

Rückmeldung an:

LAG tbl BW
c/o Stiftung St. Franziskus
Ann-Kathrin Bihler
Kloster 2
78713 Schramberg-Heiligenbronn

Kommunikation (Mehrfachnennungen möglich)

a) Kommunikationsformen

Absehen von den Lippen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lormen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Langsames deutliches Sprechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gebärdensprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Visual Frame (Sichtfeldgebärden)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tracking (Gebärden mit Einhandführung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Taktilen Gebärden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
POP (Großbuchstaben in der Hand)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Braille, Vollschrift	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Braille, Kurzschrift	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges: _____		

b) Kommunikationssituationen

Ich kann problemlos ein Gruppengespräch führen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine Kommunikationsform ist stark abhängig von der Tagesform.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Am besten sind Gespräche zu zweit.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Am besten sind Gespräche in geräuschloser und gesprächsarmer Umgebung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann telefonieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Am besten sind Gespräche bei optimalen Lichtverhältnissen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann nur bei Helligkeit problemlos kommunizieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann nur bei optimalem Abstand zum Gesprächspartner kommunizieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann problemlos Untertitel lesen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann problemlos Hilfsmittel mit akustischen Signalen nutzen (z. B. Farberkennungsgerät).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

c) Folgende Kommunikationshilfen nutze ich

Technische Hilfen:

Hörgeräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Cochlea Implantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
FM-Anlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Induktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Computer mit Sprachausgabe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Computer mit Vergrößerungssoftware	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Computer mit Braillezeile	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bildschirmlesegerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lupe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges: _____		

Personelle Hilfen:

Schriftdolmetscher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gebärdensprachdolmetscher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sonstige Dolmetscher (Lormdolmetschen, Oraldolmetschen...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Assistenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angehörige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wohnform

Einrichtung vollstationär	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privathaushalt allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privathaushalt mit Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Arbeit

Arbeitsplatz Vollzeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsplatz Teilzeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geringfügig beschäftigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (z.B. Hausfrau / Hausmann)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mobilität

Ich benutze einen Blindenstock (Langstock).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kenne die „Techniken des Begleitens“.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine Begleitpersonen beherrschen meistens die „Techniken des Begleitens“.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann meistens ohne Begleitperson unterwegs sein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich kann nur tagsüber (hell) ohne Begleitperson unterwegs sein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich brauche eine Begleitperson bei schlechten Lichtverhältnissen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich brauche eine Begleitperson in unbekannter Umgebung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich brauche in bestimmten Situationen eine Begleitperson. (z. B. Arztbesuch, Krankenhaus, Familienfeste usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine Begleitpersonen sind vorwiegend Familienangehörige.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Ihre LAG tbl BW