

Questionario da compilare per i candidati all'uso del BrainPort V100

Il questionario deve essere inviato, una volta completato, possibilmente come PDF, all'indirizzo clienti@speeka.com

Nome Cognome	_____		
Data di nascita	_____		
Indirizzo	_____		
Città/ Codice postale	_____		
Tel.	_____		
Cellulare	_____		
e-mail	_____		
Sesso	Maschio	Femmina	
Allergie a oro, nickel o acciaio: se sì, specifica	_____		
Vivi in /da	Famiglia	Solo	
Figli	Si	No	
Frequenziazione scuola per persone cieche:	Si	No	
Frequentata dall'età / fino all'età di	Da anni _____	Ad anni _____	
Hai mai utilizzato un cane per ciechi?	Si	No	
Utilizzi un bastone per ciechi?	Si	No	
Utilizzi un bastone elettronico per ciechi?	Si	No	
Che altri ausili elettronici alla vista utilizzi?	_____		
Conoscenza precedente delle lettere alfabeto/numeri	Si	No	
Come valuteresti il tuo livello attuale di indipendenza?	Scarso	Medio	Elevato
Stile di vita:	Attivo	Moderato	Passivo
Hai un lavoro?	Si	No	
Descrizione breve attività lavorativa	_____		
Se no, non lavori per (motivo)	_____		
Viaggi (durata):	Lunga	Media	Nessuno
Sport praticati	_____		
Tipo di attività sportiva praticata	Estesa	Media	Nessuna
Hobbies	_____		
Attività/sport che vorresti fare	_____		
Breve descrizione giornata tipica	_____		
Preferisci stare a casa o passare la giornata fuori?	_____		
Ci sono momenti di particolare difficoltà nell'attività quotidiana a causa della cecità? Ad esempio	_____		
Tipo di cecità:	Congenita	Acquisita	
Se acquisita, a quanti anni?	_____		
Se acquisita, motivi	_____		
Visione residua Occhio Destro	Nessuna	Leggera	Decente
Visione residua Occhio Sinistro	Nessuna	Leggera	Decente
Percezione della luce Occhio Destro	Si	No	
Percezione della luce Occhio Sinistro	Si	No	
Livello di indipendenza (quanto si fa per se stessi senza	Completo	Moderato	Dipendente

far affidamento sui membri della famiglia?)

Utilizzo PC	SI	NO
Utilizzo MAC	SI	NO
Utilizzo iPad - iPhone	SI	NO
Utilizzo Android smartphone	SI	NO
Utilizzo Android tablet	SI	NO
Uso altro dispositivo elettronico usato	<hr/>	
Utilizzo del cane	SI	NO
Utilizzo del bastone bianco	SI	NO
Accompagnatore	SI	NO

Dove hai appreso l'esistenza del Brain Port?

Conosci qualcuno che lo sta già usando? SI NO

Ti sei deciso da solo o ti hanno suggerito e spinto a provare? Da solo Spinto a provare

Tra queste situazioni in quale ti ti identifichi?

Spero un giorno di poter riacquistare la vista al 100%
Spero un giorno di poter anche solo intravedere
Ho perso ogni speranza di vedere

Ragioni per cui stai provando

Hai tempo per una preparazione iniziale di 10 giorni? SI NO

Hai tempo da dedicare a una preparazione più lunga? SI NO

Lo stai provando per migliorare rapporti con famiglia amici

Lo stai provando per fare qualcosa in particolare? Cosa?

Cosa ti aspetti di poter fare quando utilizzerai l'apparato?

Le prime tre cose che ti piacerebbe fare

1 _____
2 _____
3 _____

Quale tra le seguenti opzioni sceglieresti per descrivere cosa ti aspetti dal test con il BrainPort V100?

Vorrei poter identificare oggetti e i miei famigliari _____
Spero che BP V100 mi aiuti a percepire meglio oggetti e persone _____
E' la mia ultima speranza per cercare di riacquisire la presenza di oggetti/persona _____