

REHAVISTA – Fragebogen zur Beratungsvorbereitung

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Beratung durch den Firmenverbund REHAVISTA. Alle Angaben Ihrerseits sind freiwillig und werden vertraulich nach Datenschutzrecht behandelt. Für eine Beratung und Terminvereinbarung **schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte per Post oder per Fax an Ihren REHAVISTA-Partner zurück.** Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

- **Büro Berlin:** komma GmbH Pulsstraße 7, 14059 Berlin | Tel. 030 - 32 60 71 61, Fax 030 - 32 60 71 62
- **Büro Bochum:** REHAVISTA Lindener Straße 160, 44879 Bochum | Tel. 0234 - 3 25 78 80, Fax 0234 - 3 25 78 81
- **Büro Bremen:** IGEL GmbH Konsul-Smidt-Straße 8 C, 28217 Bremen | Tel. 0421 - 41 78 5-0, Fax 0421 - 41 78 5-20
- **Büro Leipzig:** KomRat GmbH Naumburger Straße 28 Haus A, 04229 Leipzig | Tel. 0341 - 9 89 80 75, Fax 0341 - 9 89 80 76
- **Büro Nürnberg:** DIB ELEKTRONIK Allersberger Straße 185 N, 90461 Nürnberg | Tel. 0911 - 47 16 58, Fax 0911 - 47 16 76

Wer füllt den Fragebogen aus?

Name
.....
Straße
.....
PLZ, Ort
.....
Telefon
.....
E-Mail
.....

Wer wird die Einführung des Systems begleiten?

Name
.....
Telefon
.....

Betreuende Einrichtung (z. B. Praxis, Schule, Heim etc.)

Name
.....
Straße
.....
PLZ, Ort
.....
Telefon
.....
E-Mail
.....
Ansprechpartner
.....
Weitere Betreuer
.....

Persönliche Daten des Anwenders / der Anwenderin

Name
.....
Straße
.....
PLZ, Ort
.....
Telefon
.....
E-Mail
.....
Alter/Geburtsdatum
.....
Diagnose
.....

Krankenkasse (oder vergleichbarer Kostenträger)

Name
.....
Straße
.....
PLZ, Ort
.....
Telefon
.....
Ansprechpartner
.....
Falls bekannt:
Versicherungsnummer
.....
Versicherungsstatus
.....

Gewünschter Beratungsort

- Adresse Anwender/in
 Adresse Einrichtung
 REHAVISTA Partner
Sonstige Adresse
.....

Mögliche Zeiträume für die Beratung

Bitte mehrere Terminmöglichkeiten angeben:

Wochentag 1 vormittags
..... nachmittags
Wochentag 2 vormittags
..... nachmittags
konkreter Terminvorschlag
.....

Angaben zur Person

ALLGEMEINE MOBILITÄT

- Freies Gehen
- Gehen mit Gehhilfe/Rollator
- Rollstuhlfahrer, Selbstfahrer
- Rollstuhlfahrer, kein Selbstfahrer
- E-Rollstuhl
- Überwiegend im Bett/Pflegesessel gelagert

MOTORISCHE MÖGLICHKEITEN

- Keine/kaum Beeinträchtigungen

Bitte bewerten Sie den Grad der Beweglichkeit:

			┌ nicht beweglich		└ voll beweglich	
Hände:	links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arme:	links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beine:	links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Füße:	links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Nur noch Kopfbewegungen möglich
- Nur noch Blickbewegungen möglich

Sonstiges

LIEGEN ANDERE BEEINTRÄCHTIGUNGEN VOR?

- Starke Sehschwäche
 - Sehschwäche wird ausgeglichen (Brille)
- Starke Hörprobleme
 - Hörschwäche wird ausgeglichen (Hörgerät)
- Sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne
- Wahrnehmungsprobleme

Sonstiges

SIND BEREITS (TECHNISCHE) HILFEN VORHANDEN?

- Nein
- Ja

Welche?

- Es wurden technische Hilfen ausprobiert

Welche?

Wann?

Ziel der Beratung (bitte relevanten Bereich A, B oder C ausfüllen)

A KOMMUNIKATION

Aktuelle Sprachfähigkeit

- Gut verständlich
- Verwaschen
- Nur wenige Wörter sind eindeutig
- Nicht sprechend

Aktuelles Sprachverständnis

- Es wird alles verstanden
- Nur kurze, klare Sätze werden verstanden
- Nur Wiederkehrendes wird verstanden
- Geringes Verständnis
- Nicht beurteilbar

Aktuelle Kommunikationsmöglichkeiten

- Schreiben
- Buchstabentafel
- Mehrwortsätze
- Ein-Wortaussagen
- Gebärden
- Mimik/ Gestik
- Symbole
- Eindeutiges Ja/Nein-Zeichen

B BEHINDERTENGERECHTE COMPUTERANSTEUERUNG / SCHREIBHILFE

Aktuelle Situation

- Computer zu Hause vorhanden
- Computer in Schule/auf der Arbeit vorhanden
- Kein Computer vorhanden

Ziel der Versorgung

- Maus-Anpassung
- Tastatur-Anpassung
- Schulplatz-/Arbeitsplatzausstattung (mit Software)
- Lernsoftware

Sonstiges

C UMFELDSTEUERUNG

Was soll mit Hilfsmitteln kompensiert werden?

- Unterhaltungsmedien bedienen (z. B. TV/Hifi)
- Bücher/Zeitschriften umblättern
- Internet/E-Mail (dann bitte Bereich B zusätzlich ausfüllen)
- Telefonieren
- Wohnung anpassen (z. B. Licht, Rolläden, Tür)

Sonstige wichtige Angaben (z. B.: welche anderen Anforderungen werden an die Versorgung gestellt?)