

# REHAVISTA – Fragebogen

<b>Persönliche Daten der zu versorgenden Person</b>
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):
Name gesetzliche:r Vertreter:in / gesetzlich bestellte:r Betreuer:in:
<b>Diagnose:</b>  
Liegt eine ansteckende Erkrankung vor (z. B. MRSA oder andere)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja → ansteckende Erkrankung:

<b>Betreuende Einrichtung (z. B. Praxis, Schule etc.)</b>
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Ansprechpartner:in:

<b>Es liegt folgende medizinische Betreuung vor:</b>
<input type="radio"/> SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) <input type="radio"/> MZEB (Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung) <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/> Hausärzt:in/Kinderärzt:in/Andere

<b>Krankenkasse (oder vergleichbarer Kostenträger)</b> Die nötigen Angaben finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte.
Name der Krankenkasse:
Versicherungsnummer:

<b>Hauptansprechpartner:in der Versorgung</b>
Name:
Beziehung/Funktion (z. B. Erziehungsberechtigte:r, Therapeut:in, Lehrer:in):
Telefon:
E-Mail:
Ich bin damit einverstanden, dass ich zur Vereinbarung eines Beratungstermins und zur Klärung offener Fragen in Bezug auf die Versorgung auf den oben genannten Wegen kontaktiert werde.

<b>Mögliche Zeiträume für die Beratung:</b> <input type="radio"/> Montag <input type="radio"/> Dienstag <input type="radio"/> Mittwoch <input type="radio"/> Donnerstag <input type="radio"/> Freitag
<b>Gewünschter Beratungsort</b> <input type="radio"/> Adresse Anwender:in <input type="radio"/> Adresse Einrichtung <input type="radio"/> Abweichende Adresse:   

<b>Wünschen Sie eine Beratung zu Kommunikationshilfen?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Ich möchte mit meiner Kommunikationshilfe außerdem:</b> <input type="radio"/> das Umfeld steuern (z. B. TV, Licht) <input type="radio"/> den Computer bedienen (z. B. Browser, Textverarbeitung)

## Versorgungsrelevante Informationen

Seite 2 von 2

<b>Mobilität</b> <input type="radio"/> freies Gehen <input type="radio"/> Rollstuhlfahrer:in <input type="radio"/> überwiegend im Bett/Pflegesessel gelagert
<b>Motorische Möglichkeiten</b> <input type="radio"/> keine/kaum Beeinträchtigungen <input type="radio"/> Zielgerichtetes Zeigen möglich / Tippen z. B. auf einem Tablet <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Wenn ja, womit? (z. B. Finger, Faust)</div> <input type="radio"/> nur Kopfbewegungen möglich <input type="radio"/> nur Blickbewegungen möglich <input type="radio"/> Sonstiges: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
<b>Wie / mit welchen Möglichkeiten kommuniziert die zu versorgende Person zur Zeit?</b> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; margin-top: 5px;"></div>

<b>Liegen andere Beeinträchtigungen vor (z. B. Seh- oder Hörschwäche)?</b> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>
<b>Folgende Kommunikationshilfen wurden ausprobiert oder sind bereits vorhanden:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>
<b>Weitere Anmerkungen:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Beratung durch REHAVISTA.  
Für eine Beratung und Terminvereinbarung schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte per Post an:

REHAVISTA GmbH  
Konsul-Smidt-Straße 8 c  
28217 Bremen

oder per E-Mail an: [zdk@rehavista.de](mailto:zdk@rehavista.de)  
oder per Fax an: (0421) 98 96 28-40

Bei Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter (0421) 98 96 28-0

Alle Angaben sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Nichtbereitstellung dieser Daten kann die weiteren Schritte zur Versorgung erschweren bzw. verzögern. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter [www.rehavista.de/datenschutzerklaerung](http://www.rehavista.de/datenschutzerklaerung)

Wenn Sie den Fragebogen online ausfüllen möchten, scannen Sie einfach diesen QR-Code.

