

REHAVISTA – Fragebogen

Persönliche Daten der zu versorgenden Person <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Mädchen <input type="radio"/> Junge <input type="radio"/> divers
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):
Diagnose: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Liegt eine ansteckende Erkrankung vor (z. B. MRSA oder andere)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: → ansteckende Erkrankung:
Name gesetzliche:r Vertreter:in / gesetzlich bestellte:r Betreuer:in:

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

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

Hauptansprechpartner:in der Versorgung
Name:
Beziehung/Funktion (z. B. Mutter, Ehepartner:in, 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.

Mögliche Zeiträume für die Beratung: <input type="radio"/> montags <input type="radio"/> dienstags <input type="radio"/> mittwochs <input type="radio"/> donnerstags <input type="radio"/> freitags
Gewünschter Beratungsort <input type="radio"/> Adresse Anwender:in <input type="radio"/> Adresse Einrichtung <input type="radio"/> Abweichende Adresse: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Es wird eine Beratung gewünscht zu ... <input type="radio"/> Kommunikationshilfen (z.B. Kommunikationsbücher, Sprachcomputer) <input type="radio"/> PC-Bedienung <input type="radio"/> Maus-Ersatz <input type="radio"/> Tastatur-Ersatz <input type="radio"/> PC-Software <input type="radio"/> Umfeldsteuerung: (Ansteuerung von Licht, Telefon, TV etc.) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Versorgungsrelevante Informationen

<p>Mobilität</p> <p><input type="radio"/> freies Gehen</p> <p><input type="radio"/> Rollstuhlfahrer:in</p> <p><input type="radio"/> überwiegend im Bett/Pflegesessel gelagert</p>
<p>Motorische Möglichkeiten</p> <p><input type="radio"/> keine/kaum Beeinträchtigungen</p> <p><input type="radio"/> Zielgerichtetes Zeigen möglich / Tippen z. B. auf einem Tablet?</p> <p>Wenn ja, womit? (z. B. Finger, Faust, ...)</p> <p><input type="radio"/> nur Kopfbewegungen möglich.</p> <p><input type="radio"/> nur Blickbewegungen möglich.</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p>
<p>Wie / mit welchen Möglichkeiten kommuniziert die zu versorgende Person zur Zeit?</p>

<p>Liegen andere Beeinträchtigungen vor (z.B. Seh- oder Hörschwäche)?</p>
<p>Folgende Kommunikationshilfen wurden ausprobiert oder sind bereits vorhanden:</p>
<p>Weitere Anmerkungen</p>

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
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.