

# REHAVISTA – Fragebogen zur UK-Beratung

Seite 1 von 2

<b>Persönliche Daten des Anwenders/ der Anwenderin</b> <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)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
<b>Diagnose:</b>									
Liest eine ansteckende Erkrankung vor (z.B. MRSA oder andere)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: ansteckende Erkrankung:									
<b>Krankenkasse (oder vergleichbarer Kostenträger)</b> <i>(Die nötigen Angaben finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)</i>									
Name der Krankenkasse:									
Versicherungsnummer:									
Kennnummer des Trägers:									
Ablaufdatum:									
Zuzahlungsbefreiung <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: Zuzahlungsbefreit bis:									

<b>Mögliche Zeiträume für die Beratung:</b> <input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr
<b>Vereinbarung des Termins mit:</b>
<b>Gewünschter Beratungsort</b> <input type="radio"/> Adresse Anwender/in (siehe oben) <input type="radio"/> Adresse Einrichtung (siehe oben rechts) <input type="radio"/> Abweichende Adresse:

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Beratung durch REHAVISTA.  
Alle Angaben Ihrerseits sind freiwillig und werden vertraulich nach Datenschutzrecht behandelt.  
Für eine Beratung und Terminvereinbarung schicken Sie den ausgefüllten und zweimal unterschriebenen Fragebogen bitte per Post an die REHAVISTA-Zentrale in Bremen oder per Fax an 0800-734 28 50.

<b>Betreuende Einrichtung (z. B. Praxis, Schule, Heim etc.)</b>
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
AnsprechpartnerIn:
Name gesetzlicheR VertreterIn   gesetzlich bestellteR BetreuerIn:
<b>Wer füllt den Fragebogen aus?</b>
Name:
Beziehung/Funktion (z. B. Mutter, EhepartnerIn, TherapeutIn, LehrerIn ...):
Telefon:
E-Mail:

<b>Wie sind Sie auf REHAVISTA aufmerksam geworden?</b> <input type="radio"/> betreuendes Fachteam der Einrichtung (siehe oben) <input type="radio"/> Empfehlung <input type="radio"/> Kostenträger <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Messe/Kongress <input type="radio"/> Workshop, Vortrag <input type="radio"/> Katalog, Flyer <input type="radio"/> Presse (Fachzeitschriften, Anzeigen ...) Anderes:
--

Senden Sie den Bogen ausgefüllt an:

**REHAVISTA GmbH**  
**Konsul-Smidt-Straße 8 c**  
**28217 Bremen**

oder per Fax an: **(0421) 98 96 28-40**

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

## Versorgungsrelevante Informationen

### MOBILITÄT

- freies Gehen     Gehen mit Gehhilfe/Rollator
- RollstuhlfahrerIn, SelbstfahrerIn
- RollstuhlfahrerIn, keinE SelbstfahrerIn
- 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"/>
	rechts	<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"/>
	rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Zielgerichtetes Zeigen möglich?

Wenn ja, womit? (z. B. Finger, Faust, ...)

- Greifen und Festhalten von Gegenständen möglich.
- wenig Kraft in den Händen
- Nur noch Kopfbewegungen möglich.
- Nur noch Blickbewegungen möglich.
- Sonstiges:

### LIEGEN ANDERE BEEINTRÄCHTIGUNGEN VOR?

Wird der Anwender beatmet?

- Nein     Ja:  Stunden/Tag:

- starke Sehschwäche     starke Hörschwäche

- Sonstiges:

### SIND BEREITS FÜR DIE VERSORGUNG RELEVANTE HILFSMITTEL VORHANDEN?

- Nein
- Ja: Welche:

- Es wurden technische Hilfen ausprobiert.

Welche:

Wann:

#### Einwilligungserklärung Daten

Ich bin einverstanden, dass meine Daten und Unterlagen, die für die Beantragung einer Beratung erforderlich sind, im Falle einer Beantragung an den Kostenträger weitergegeben werden. Ebenfalls bin ich einverstanden, dass diese Daten bei der REHAVISTA GmbH gespeichert und verarbeitet werden. Falls erforderlich werden die Daten an weitere Unternehmen, die an der Abwicklung der Versorgung beteiligt sind, unter Wahrung der Datenschutzgrundverordnung weitergegeben. Weitergehende Informationen dazu gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung erhalten Sie vom Verantwortlichen per Post an die REHAVISTA GmbH in Bremen, z.H. „Datenschutzkoordinator“ oder per E-Mail über → [datenschutz@rehavista.de](mailto:datenschutz@rehavista.de)

#### Datum, Unterschrift

(AnwenderIn | gesetzlicheR VertreterIn | gesetzlich bestellteR BetreuerIn):

## ● Es wird eine Beratung gewünscht zu KOMMUNIKATIONSHILFEN

### Sprechen

- gut verständlich     verwaschen
- Es werden einzelne Wörter gesprochen.
- Es werden ganze Sätze gesprochen.
- Nur wenige Wörter sind eindeutig.
- nicht sprechend

### Sprachverständnis

- Es wird alles verstanden.
- Nur kurze, klare Sätze werden verstanden.
- Gelesenes wird verstanden.
- Aussagen müssen veranschaulicht werden.
- geringes Verständnis
- nicht beurteilbar

### Kommunikationsmöglichkeiten

- Schreiben     Buchstabentafel
- Mehrwortsätze     Ein-Wortaussagen
- Gebärden     eindeutiges Ja/Nein-Zeichen
- Symbole     Fotos

Falls Symbole oder Fotos als Kommunikationsmöglichkeit genutzt werden: aus wie vielen Symbolen kann gezielt ausgewählt werden?

- bis zu 5     5-10     0-20     mehr als 20

## ● Es wird eine Beratung gewünscht zur COMPUTERANSTEUERUNG

- Ziel:**  Maus-Anpassung     Tastatur-Anpassung  
 Schul-/Arbeitsplatzausstattung     Lernsoftware

Sonstiges:

## ● Es wird eine Beratung gewünscht zur UMFELDSTEUERUNG

- Ziel:**  Unterhaltungsmedien bedienen (z. B. TV/Hifi)  
 Internet/E-Mail/PC-Programme bedienen  
*(bitte Bereich „Computeransteuerung“ zusätzlich ausfüllen)*  
 Telefonieren  
 Wohnung anpassen (z. B. Licht, Rolläden, Tür)

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

#### Einwilligungserklärung Kontakt

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich zur Vereinbarung eines Beratungstermins und zur Klärung offener Fragen in Bezug auf die Versorgung telefonisch kontaktieren.

#### Datum, Unterschrift

(AnwenderIn | gesetzlicheR VertreterIn | gesetzlich bestellteR BetreuerIn):