

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, mich zur Vereinbarung eines Beratungstermins und zur Klärung offener Fragen in Bezug auf die Versorgung auf den oben genannten Wegen zu kontaktieren.

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>Liegen andere Beeinträchtigungen vor (z.B. Seh- oder Hörschwäche)?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px;"></div>
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px 0;"> <p>Wenn ja, womit? (z. B. Finger, Faust, ...)</p> </div> <p><input type="radio"/> nur noch Kopfbewegungen möglich.</p> <p><input type="radio"/> nur noch Blickbewegungen möglich.</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>	<p>Folgende Kommunikationshilfen wurden ausprobiert oder sind bereits vorhanden?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>
<p>Wie / mit welchen Möglichkeiten kommuniziert die zu versorgende Person zur Zeit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 250px;"></div>	<p>Weitere Anmerkungen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>