

REHAVISTA – Fragebogen zur UK-Beratung

Seite 1 von 2

Persönliche Daten des Anwenders/ der Anwenderin

Herr Frau Mädchen Junge divers

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)

Diagnose:

Liegt eine ansteckende Erkrankung vor (z.B. MRSA oder andere)?

Nein Ja: ansteckende Erkrankung:

Krankenkasse (oder vergleichbarer Kostenträger)

(Die nötigen Angaben finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)

Name der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Kennnummer des Trägers:

Ablaufdatum:

Zuzahlungsbefreiung

Nein Ja: Zuzahlungsbefreit bis:

Mögliche Zeiträume für die Beratung:

Mo Di Mi Do Fr

Vereinbarung des Termins mit:

Gewünschter Beratungsort

- Adresse Anwender/in (siehe oben)
 Adresse Einrichtung (siehe oben rechts)
 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.

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

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

AnsprechpartnerIn:

Name gesetzlicheR VertreterIn | gesetzlich bestellteR BetreuerIn:

Wer füllt den Fragebogen aus?

Name:

Beziehung/Funktion (z. B. Mutter, EhepartnerIn, TherapeutIn, LehrerIn ...):

Telefon:

E-Mail:

Wie sind Sie auf REHAVISTA aufmerksam geworden?

- betreuendes Fachteam der Einrichtung (siehe oben)
 Empfehlung Kostenträger Internet
 Messe/Kongress Workshop, Vortrag Katalog, Flyer
 Presse (Fachzeitschriften, Anzeigen ...)

Anderes:

Senden Sie den Bogen ausgefüllt an:

REHAVISTA GmbH
Konsul-Smidt-Straße 8 c
28217 Bremen

oder per Fax an: **0800-734 28 50**

Bei Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter
0800-734 28 47

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:

- starke Sehschwäche starke Hörschwäche

- Sonstiges:

SIND BEREITS FÜR DIE VERSORGUNG RELEVANTE HILFSMITTEL VORHANDEN?

- Nein

- Ja:

- 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

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.

Unterschrift

(AnwenderIn | gesetzlicheR VertreterIn | gesetzlich bestellteR BetreuerIn):