

REHAVISTA – Fragebogen zur UK-Beratung

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 Fragebogen bitte per Post an die REHAVISTA-Zentrale in Bremen oder per Fax an 0800-734 28 50.**

Persönliche Daten des Anwenders / der Anwenderin

Herr Frau Mädchen Junge

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 Zuzahlungsbefreit bis

Nein Ja

Mögliche Zeiträume für die Beratung

Bitte mehrere Terminmöglichkeiten angeben:

Wochentag 1

vormittags
 nachmittags

Wochentag 2

vormittags
 nachmittags

Wochentag 3

vormittags
 nachmittags

Gewünschter Beratungsort

Adresse Anwender/in

Adresse Einrichtung

REHAVISTA Partner

Sonstige Adresse

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

Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner

Name gesetzliche/r VertreterIn | gesetzlich bestellte/r BetreuerIn

Wer füllt den Fragebogen aus?

Name

Beziehung / Funktion (z. B. Mutter, EhepartnerIn, Therapeut, Lehrer ...)

Telefon

E-Mail

Wie sind Sie auf REHAVISTA aufmerksam geworden?

- betreuendes Fachteam (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



Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Ersteller: 083 | Freigabe: 013 | Datum: 17.08.2018
Dokur: Fragebogen zur UK-Beratung | Version: V_18_6.01

Versorgungsrelevante Informationen

MOBILITÄT

- Freies Gehen Gehen mit Gehhilfe/Rollator
- Rollstuhlfahrer, Selbstfahrer
- Rollstuhlfahrer, kein Selbstfahrer
- E-Rollstuhl
- Überwiegend im Bett/Pflegesessel gelagert

MOTORISCHE MÖGLICHKEITEN

- Keine/kaum Beeinträchtigungen

Bitte bewerten Sie den Grad der Beweglichkeit:

	Hände:		Arme:		Beine:		Füße:	
	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts
nicht beweglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voll beweglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Zielgerichtetes Zeigen möglich?

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

- 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

Wenn ja: Ist der Anwender mit einer Sprechkanüle versorgt?

- Nein Ja

SIND BEREITS FÜR DIE VERSORGUNG RELEVANTE HILFSMITTEL VORHANDEN?

- Nein Ja

Welche?

- Es wurden technische Hilfen ausprobiert

Welche?

Wann?

Einwilligungserklärung

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

Es wird eine Beratung zu KOMMUNIKATIONS-HILFEN gewünscht

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 (z. B. durch Symbole oder Gebärden)
- 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 der Anwender eines gezielt auswählen?

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

Es wird ein Hilfsmittel zur COMPUTERANSTEUERUNG gewünscht

- Ziel: Maus-Anpassung Tastatur-Anpassung
 Schul-/Arbeitsplatzausstatt. Lernsoftware

Sonstiges

Es wird ein Hilfsmittel zur UMFELDSTEUERUNG gewünscht

- 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?)

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich (o.g. gesetzliche/n VertreterIn bzw. gesetzlich bestellte/n BetreuerIn) zur Vereinbarung eines Beratungstermins und zur Klärung offener Fragen in Bezug auf die Versorgung telefonisch kontaktieren.

Unterschrift:

Gesetzliche/r VertreterIn | gesetzlich bestellte/n BetreuerIn

Unterschrift: