

REHAVISTA – Fragebogen zur UK-Beratung

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Beratung durch den Firmenverbund 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 oder per Fax an Ihren REHAVISTA-Partner zurück. Oder Sie laden dieses PDF-Formular herunter, füllen es am Computer aus und schicken es uns als Anhang per E-Mail an fbeingang@rehavista.de. Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Persönliche Daten des Anwenders / der Anwenderin

Herr Frau

Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Diagnose

Krankenkasse (oder vergleichbarer Kostenträger)

(Die nötigen Angaben finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte.)

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Kennnummer des Trägers

Ablaufdatum

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

Nein Ja

Zuzahlungsbefreiung

Nein Ja

Zuzahlungsbefreit bis

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:

REHAVISTA – Adressen und Kontaktnummern

- **REHAVISTA Berlin**, Forckenbeckstraße 9–13, 14199 Berlin
Telefon 030 - 32 60 71 61, Fax 030 - 32 60 71 62
- **REHAVISTA Bochum**, Lindener Straße 160, 44879 Bochum
Telefon 0234 - 47 69 55 10, Fax 0234 - 47 69 55 11
- **REHAVISTA Bremen**, Konsul-Smidt-Straße 8 C, 28217 Bremen
Telefon 0421 - 41 78 5-0, Fax 0421 - 41 78 5-20
- **REHAVISTA Leipzig**, Naumburger Straße 28, 04229 Leipzig
Telefon 0341 - 9 89 80 75, Fax 0341 - 9 89 80 76
- **REHAVISTA München**, Bodenseestraße 235, 81243 München
Telefon 089 - 54 84 65 40, Fax 089 - 54 84 65 45
- **REHAVISTA Nürnberg**, Allersberger Str. 185 N, 90461 Nürnberg
Telefon 0911 - 37 65 88-0, Fax 0911 - 37 65 88-29

REHAVISTA®

einfach.kommunizieren.

REHAVISTA – unsere kostenfreie Servicenummer: 0800 734 28 47



Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

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:

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

- Starke Sehschwäche
 Sehschwäche wird ausgeglichen (Brille)
- Starke Hörprobleme
 Hörschwäche wird ausgeglichen (Hörgerät)
- Sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne
- Wahrnehmungsprobleme

Sonstiges

SIND BEREITS FÜR DIE VERSORGUNG RELEVANTE HILFSMITTEL VORHANDEN?

- Nein Ja

Welche?

- Es wurden technische Hilfen ausprobiert

Welche?

Wann?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Unterlagen, die für die Beantragung von Hilfsmitteln erforderlich sind, an den Leistungserbringer weitergegeben werden.

Unterschrift:

WELCHE BERATUNG WIRD GEWÜNSCHT?

- Beratung zu Kommunikationsgeräten
→ auch Bereich **A KOMMUNIKATION** ausfüllen
- Beratung zu Arbeitsplatzausstattung (Mausersatz, Sondertastaturen)
→ auch Bereich **B COMPUTERANSTEUERUNG** ausfüllen
- Beratung zu Umfeldsteuerung
→ auch Bereich **C UMFELDSTEUERUNG** ausfüllen

A KOMMUNIKATION

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

B BEHINDERTENGERECHTE COMPUTERANSTEUERUNG / SCHREIBHILFE FÜR VORHANDENEN PC

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

Sonstiges

C UMFELDSTEUERUNG

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

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

Gesetzliche/r VertreterIn | gesetzlich bestellte/n BetreuerIn

Unterschrift: