

# 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](mailto: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: