

## FRAGEBOGEN ZUR VORBEREITUNG EINER PFLEGEHILFSMITTELBERATUNG

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Mit Ihren Angaben können wir uns individuell auf die Beratung vorbereiten. Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per FAX an 0203 / 393 444 98 oder per Post an RehaMedia, Friedrich-Ebert-Straße 134, 47229 Duisburg.

Wir weisen darauf hin, dass alle Angaben freiwillig sind und von uns gemäß der aktuellen DSGVO behandelt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie, den Fragebogen NICHT per Email an uns zu senden. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.rehamedia-shop.de/datenschutz](http://www.rehamedia-shop.de/datenschutz).

### WER SOLL BERATEN WERDEN?

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

männl.  weibl.  div.

Mehrsprachig  ja  nein

Wenn ja, welche Sprachen? \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Hobbies / Interessen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Pflegekasse / Kostenträger: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Diagnose

Welche für unsere Beratung relevante Diagnose liegt vor?

\_\_\_\_\_

Hat die Person ein medizinisches Gerät implantiert?

(z.B. Shuntventil, Hirnstimulator, Herzschrittmacher,

Defibrillator)  ja  nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

(bitte den Pass zur Beratung mitbringen, wenn vorhanden)

Liegt eine ansteckende Krankheit vor

(z.B. multiresistente Keime)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### WER FÜLLT DEN FRAGEBOGEN AUS?

Name: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### BETREUENDE EINRICHTUNG

Name der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des / der Ansprechpartners\_in:

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Gibt es eine gesetzliche Vertretung / Betreuung?

ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## WEITERE ANGABEN

### Mobilität

- unbeeinträchtigt
- Rollstuhl
- E-Rollstuhl
- Rollator
- Bett
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Motorik

Gibt es motorische Beeinträchtigungen, die die Bedienung eines Hilfsmittels beeinträchtigen können? (z.B. Tremor, Ataxie, Lähmungen)

- nein
- ja → Wenn ja, beschreiben Sie bitte möglichst detailliert, um welche Beeinträchtigungen es sich handelt (z.B. welche Körperteile und welche Gliedmaßen sind betroffen?)

---

---

---

Ist die zielgerichtete Bedienung eines Touchscreens mit den Fingern möglich?

- ja  nein  teilweise / ungenau

## WAHRNEHMUNG

### Gehör

Liegt eine Hörschwäche vor?  ja  nein

Wenn ja, ist diese mit einem Hörgerät ausgeglichen?

- ja  nein

Sonstiges (z. B. Cochlea-Implantat):

---

---

### Visus / Gesichtsfeld

Liegt eine Sehschwäche vor?  ja  nein

Wenn ja, ist diese mit einer Brille ausgeglichen?

- ja  nein

Sonstiges (z. B. Neglect, Gesichtsfeldeinschränkung, Blickparese):

---

---

## ANGABEN ZUR GEPLANTEN BERATUNG

Bitte beschreiben Sie kurz den Anlass der geplanten Beratung. Was können wir für Sie tun?

---

---

---

---

Wo soll die Beratung stattfinden?

- Wohnadresse
- Therapiepraxis
- Klinik/Einrichtung

---

---

---

Günstige Zeiten und Wochentage für die Beratung

- vormittags  nachmittags
- Montag  Dienstag  Mittwoch
- Donnerstag  Freitag

Fand für die aktuell geplante Hilfsmittelversorgung bereits eine Beratung durch eine Schule, eine andere Hilfsmittelfirma oder eine Beratungsstelle statt?

- nein

ja → Wenn ja, durch wen und mit welchem Ergebnis?

---

---

Gibt es Besonderheiten, die wir im Umgang mit der zu beratenden Person beachten müssen (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, psychische Auffälligkeiten, Reizbarkeit)?

---

---



## BEVOLLMÄCHTIGUNG FÜR EINE HILFSMITTELBERATUNG

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist die nachstehende Bevollmächtigung VOR der Beratung auszufüllen, wenn:

1. die zu beratende Person noch nicht volljährig ist und keine gesetzliche Vertretung (Eltern / Erziehungsberechtigte / gesetzliche Betreuer) bei der Beratung anwesend sein kann.
2. die zu beratende Person zwar volljährig ist, aber eine gesetzliche Vertretung / Betreuung hat, die nicht an der Beratung teilnehmen kann. Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit dem Fragebogen zurück.

HIERMIT BEVOLLMÄCHTIGE/N ICH/WIR

1) Herr / Frau (Vollmachtgeber\_in - z. B. Erziehungsberechtigte, gesetzliche Betreuer\_in etc.)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in (Straße / Postleitzahl / Wohnort)

2) Herrn / Frau (bevollmächtigte Person - z. B. Lehrer\_in, Logopäden\_in etc.)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Ggf. Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße / Postleitzahl / Ort

3) für Herrn / Frau / Kind (zu versorgende Person) - bitte nur ausfüllen, wenn der Vollmachtgeber nicht mit der zu versorgenden Person identisch ist.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in (Straße / Postleitzahl / Wohnort)

- zur Entgegennahme einer Beratung durch die RehaMedia GmbH
- nach Bewilligung zur Entgegennahme der Auslieferung
- Einweisung durch die RehaMedia GmbH

Die o. g. Person (2) wird ausdrücklich von der gesetzlichen Vertretung (1) bevollmächtigt, die Leistungen für die unter (3) genannte Person an- und entgegenzunehmen. Es wird zudem versichert, dass eine zeitnahe Weitergabe von wichtigen Informationen, die zu den Leistungen gehören, an die gesetzliche Vertretung erfolgen wird.

Bitte beachten Sie, dass zum Zwecke der Versorgung ein Datenaustausch mit der bevollmächtigten Person stattfindet (z. B. Informationsaustausch zum Verlauf der Beantragung, wie z. B. Ablehnungen, Teilbewilligungen, Informationen der Krankenkasse etc.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Vertretung