



RehaMedia

by Tobii Dynavox®

We care.

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.

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

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)?

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

PFLEGEHILFSMITTEL KOGNITION

Haben oder hatten Sie bereits ein Gerät zur kognitiven Unterstützung?

☐ nein

☐ ja → Wenn ja, welches? (Name und Hersteller)

Es liegen Einschränkungen folgender Funktionen vor

Einteilung der Einschränkungen nach ICF im Bereich B1 Mentale Funktionen

☐ Zeitliche Orientierung

☐ Aufmerksamkeit / Konzentration

☐ Gedächtnisfunktionen

☐ Level der psychischen Energie

☐ Motivation

☐ Organisation / Planung

☐ Zeitmanagement

☐ Kognitive Flexibilität

☐ Zeitwahrnehmung

Anmerkungen / Beschreibung der Problematik:

Welche Probleme sollen gelöst werden?

Wie soll das Hilfsmittel helfen?

Zielsetzung (kurz- und langfristige Ziele):

Kann die Hand oder können die Hände zur Bedienung eingesetzt werden?

☐ nein

☐ ja → Wenn ja, welche?

☐ links ☐ rechts ☐ beide

Wo soll das Hilfsmittel eingesetzt werden?

☐ im Wohnumfeld / zu Hause

☐ Schule / Kindergarten

☐ Arbeitsplatz

☐ unterwegs

☐ in einem Raum / an einem bestimmten Platz

☐ in mehreren Räumen

☐ mobil (z.B. zu Hause und unterwegs, z. B. mit einem Rollstuhl)

SONSTIGES

Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung

☐ Fachpresse

☐ Messe

☐ Internet

☐ Katalog

☐ Sonstiges: _____

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
- nach Bewilligung zur Entgegennahme der Auslieferung
- Einweisung durch die RehaMedia

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