

## FRAGEBOGEN ZUR VORBEREITUNG EINER HILFSMITTELBERATUNG

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 GmbH, Gustav-Freytag-Straße 48, 47057 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: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Kostenträger: \_\_\_\_\_

### Diagnose

Welche für unsere Beratung relevante Diagnose liegt vor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat die Person ein Shuntventil?  ja  nein

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

Beratungsraum der RehaMedia GmbH

Köln  Duisburg  Mainz

Die geplante Hilfsmittelversorgung ist eine

Erstversorgung

Folgeversorgung

Umversorgung

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)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BERATUNG ZUR COMPUTER-/ ARBEITSPLATZANPASSUNG

Kann die Hand oder können die Hände zur Bedienung von Maus / Tastatur eingesetzt werden?

- nein  
 ja → wenn ja, welche?  
 links  rechts  beide

Kann eine Standardmaus bedient werden?

- ja  nein  mit Einschränkungen

Welche Alternative könnten Sie sich vorstellen?

- Joystick  
 Trackball  
 Kopfmaus  
 Mundmaus  
 Blicksteuerung  
 Taster (Scanning)  
 Sonstiges:
- 

Kann eine Standardtastatur bedient werden?

- ja  nein  mit Einschränkungen

Welche Alternative könnten Sie sich vorstellen?

- Sondertastatur (z. B. indiv. Größe, Einhandbedienung, Fingerführung, Tremorfilter)  
 Bildschirmtastatur  
 Augensteuerung  
 Spracheingabe  
 Taster (Scanning)  
 Sonstiges:
- 

Wo soll das Hilfsmittel eingesetzt werden?

- Arbeitsplatz  
 Schule  
 privat / Freizeit

Gibt es seitens des Arbeitgebers / der Schule besondere Vorgaben (z. B. Hardware, Betriebssystem, Softwareinstallation)?

- nein  ja → wenn ja, welche?
- 

Welche Technik ist bereits vorhanden?

- PC  
 Laptop  
 Tablet  
 Maus  
 Joystick

Welches Betriebssystem?

---

Bisher genutzte Software:

---

Vorhandene Anschlüsse:

- USB  
 PS/2  
 HDMI  
 Bluetooth  
 Sonstiges:
- 

Steht ein Internetzugang zur Verfügung?

- nein  
 ja → wenn ja:  
 WLAN  LAN

## 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 BEVOLLMÄCHTIGTE/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