RehaMedia

We care.

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, 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: _____

Krankenkasse / Kostenträger: _____

Diagnose (diesen Teil bitte unbedingt ausfüllen)

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

☐ 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)?

_____

_____

UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION

Sprachverständnis

☐ es wird alles verstanden

☐ nur kurze, klare Sätze werden verstanden

☐ Aussagen müssen veranschaulicht werden (z. B. durch Symbole oder Gebärden)

☐ geringes Verständnis für gesprochene Sprache

☐ nicht beurteilbar

Lautsprache / Sprechen

☐ die Lautsprache ist flüssig und verständlich

☐ die Lautsprache ist flüssig aber verwaschen / unverständlich

☐ es werden ganze Sätze gesprochen

☐ es werden nur einzelne Wörter gesprochen

☐ nicht sprechend

Kommunikation

Wie kommuniziert die Person zurzeit?

☐ Lautsprache

☐ Laute

☐ Gebärden

☐ Gesten

☐ Mimik

☐ Blicke

☐ Fotos Anzahl: _____ Größe: _____

☐ Symbole Anzahl: _____ Größe: _____

☐ Buchstabentafel

☐ Schreiben

Gibt es eindeutige Zeichen für Ja und Nein?

☐ nein

☐ ja → Wenn ja, welche?

_____

_____

Gibt es bereits Vorerfahrung mit elektronischen Kommunikationshilfen?

☐ nein

☐ ja → Wenn ja, mit welchen?

_____

_____

Schriftsprache

Kann die Person lesen?

☐ ja

☐ nein

Kann die Person schreiben?

☐ ja → ☐ Handschrift ☐ Computer

☐ nein → Wenn nein, warum nicht?

☐ Keine Schriftsprachkenntnisse

☐ Aufgrund einer motorischen Beeinträchtigung

☐ Sonstiges: _____

Könnte die Person mit geeigneten Hilfsmitteln schreiben / einen Computer bedienen?

☐ ja

☐ nein

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 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 _____