

**1. Personalien des Klienten#**

Datum: .....

-----		-----	
Nachname		Vorname	
-----	männl./weibl./div.	-----	
Geburtsdatum		E-Mail	
-----		-----	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
-----		-----	
Telefonnummer	Mobilnummer	Krankenkasse (Name und Ort)	

**2. Diagnose:** \_\_\_\_\_

**3. Ansprechpartner für einen Beratungstermin:** \_\_\_\_\_

**Funktion und evtl. Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit:** \_\_\_\_\_

**4. Welche Hilfe / Beratung wird benötigt:**

- Im Bereich Kommunikation
- Im Bereich Wohnumfeld (Bedienung von Tür, Fernseher, Licht, etc.)
- Im Bereich Mobilität (z.B. Rollstuhlsteuerung)
- Im Bereich Computeransteuerung
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**5. Welche für die Versorgung relevanten Hilfsmittel sind vorhanden oder wurden bereits ausprobiert?**

---



---



---

**6. Kommunikation**

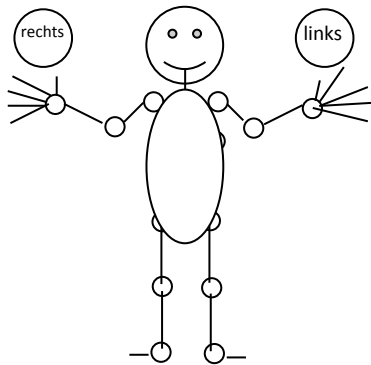
Sprachproduktion	Sprachverstehen
<input type="checkbox"/> kann nicht sprechen <input type="checkbox"/> spricht verwaschen <input type="checkbox"/> kann einzelne Wörter sprechen <input type="checkbox"/> kann ganze Sätze sprechen <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen Ergänzungen: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Versteht komplexe Zusammenhänge <input type="checkbox"/> Versteht einfache Sätze <input type="checkbox"/> Aussagen müssen veranschaulicht werden <input type="checkbox"/> Geringes Verstehen <input type="checkbox"/> Kann Gelesenes verstehen <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar Ergänzungen: <hr/>

**6. Mobilität**

Wie groß ist die Bewegungsfähigkeit des Klienten?

- Selbst gehend   
  Rollator / Gehstöcke   
  fährt selbst Rollstuhl  
 wird im Rollstuhl geschoben   
  elektrischer Rollstuhl   
  überwiegend im Bett gelagert

Mit welchen Körperteilen können gezielt Bewegungen ausgeführt werden? **(Bitte markieren)**



†	Kopf
†	Augen
†	Lippen

**7. Ggf. andere Beeinträchtigungen (z.B. wird beatmet, starke Seh- oder Hörbeeinträchtigung)**

---



---



---

**8. Welche Erwartungen werden mit einer Beratung verbunden?**

---



---



---