

Fragebogen zur Beantragung der Rehabilitation

Reha-Zentrum für Hörgeschädigte
Johannes-Wilhelm-Geiger-Weg 8

Telefon 0 43 31 / 5897-0
Telefax 0 43 31 / 5897-45
E-Mail: info@hoergeschaedigt.de

24768 Rendsburg

Stand 01/2017

1. Angaben zur Person

Name: Anschrift:
Vorname: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: Telefon:
E-Mail: Telefax:

2. Angaben zur Schul- und Berufsbildung

2.1 Haben Sie eine Regelschule besucht (z.B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium)?

ja nein

Besuchten Sie eine Sonderschule?

entfällt sonstiges Sonderschule für Schwerhörige Sonderschule für Gehörlose

2.2 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?

3. Angaben zur aktuellen Berufssituation

Sind Sie zur Zeit

3.1 berufstätig im erlernten Beruf in sonstiger Tätigkeit Hausfrau

3.2 Beamter/Beamtin

im Dienst im Ruhestand z.Zt. beurlaubt

3.3 arbeitslos seit

aufgrund der Behinderung aus sonstigen Gründen

3.4 Rentner/Rentnerin

Altersrente Teil-Erwerbsminderungsrente Volle Erwerbsminderungsrente

4. Angaben zur Sozialversicherung

4.1 Krankenversichert bei

4.2 Rentenversichert bei

Deutsche Rentenversicherung Bund (BfA) Deutsche Rentenversicherung Land (LVA)

4.3 Wie viele Jahre sind Sie insgesamt rentenversicherungspflichtig beschäftigt?

5. Angaben zur Hörschädigung

5.1 Sie sind

- mittelgradig schwerhörig ertaubt
 hochgradig schwerhörig von Geburt an gehörlos

5.2 Seit wann sind Sie hörgeschädigt?

5.3 Welche Ursachen hat die Hörschädigung?

5.4 Ist Ihre Hörschädigung als Berufskrankheit anerkannt?

- ja nein

5.5 Sind Sie Hörgeräteträger/in?

- ja wenn ja, tragen Sie es links seit
 nein rechts seit

5.6 Tragen Sie ein Cochlea Implantat (CI)?

- ja wenn ja, tragen Sie es links seit
 nein rechts seit

Wo wurde das CI implantiert?

Welches Cochlea Implantat tragen Sie?

5.7 Benutzen Sie Gebärdensprache?

- entfällt LBG DGS

5.8 Bestehen zusätzliche Behinderungen?

.....

5.9 Haben Sie eine Anerkennung als Schwerbehinderte/r?

- ja nein beantragt

Wenn ja, welcher Grad der Behinderung wurde Ihnen zuerkannt (GdB)?

6. Woher haben Sie die Information über das Reha-Zentrum? (z.B. Arzt, Internet ...)

.....

7. Haben Sie schon unsere DVD zur Reha erhalten?

- ja nein

8. Haben Sie diesen Fragebogen selbstständig ausgefüllt?

- ja nein

Datum: Unterschrift:

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, ausschließlich für die Rehabilitationsmaßnahme genutzt und nicht weitergegeben.