

Fragebogen zur Unterstützten Kommunikation

Dieser Fragebogen hilft uns Ihre Bedürfnisse und Anforderungen an Kommunikationshilfen richtig einzuschätzen.

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück an:

**Phoenix Software GmbH
Adolf-Hombitzer-Str. 12
53227 Bonn**

**Tel. 0228-97199-0
Fax: 0228-97199-99**

reha@phoenixsoftware.de



1. Allgemeine Fragen zur betroffenen Person

Name :

Vorname :

PLZ/Ort :

Straße/Hausnummer :

Telefon :

Fax :

E-Mail :

Geburtsdatum :

Medizinische Diagnose :

Therapeutischer Befund :

2. Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von :

Logopäde/In Pädagoge/In Ergotherapeut/In

Psycholog/In Andere:

Name :

Vorname :

Institution :

.....

PLZ/Ort :

Straße/Hausnummer :

Telefon :

Fax :

E-Mail :

3. Kostenträger

Institution

Abteilung

BeraterIn, BearbeiterIn

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

4. Mobilität

Bettlägerig

Fußgänger/In

mit Hilfsmittel :

Rollstuhlfahrer/In

Elektrorollstuhl

Selbstfahrer

nur zeitweise im Rollstuhl

Anmerkungen :

.....

.....

.....

5. Motorik

5.1. Motorische Fähigkeiten

Welche Körperteile können gezielte bzw. willkürliche Bewegungen ausführen?
Geben Sie eine kurze Übersicht über die Kraft, die Ausdauer und das Bewegungsausmaß.

Kopf

Kraft : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Ausdauer : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Bewegungsausmaß : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Rechte Hand

Kraft : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Ausdauer : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Bewegungsausmaß : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Linke Hand

Kraft : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Ausdauer : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Bewegungsausmaß : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Finger

Kraft : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Ausdauer : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Bewegungsausmaß : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:
.....

Fähigkeit zu Greifen

Kraft : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Ausdauer : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

Bewegungsausmaß : Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen:.....
.....

5.2. Motorische Probleme

Bitte geben sie bei den nachfolgenden motorischen Problemen an, welche Extremität diese betreffen.

Tremor (Zittern)
.....

Ataxien (Störung der Bewegungskoordination)
.....

Spasmen (Verkrampfungen)
.....

Plegien (zentrale Lähmungen)
.....

Apraxie (Handlungsunfähigkeit)
.....

frühkindliche Reaktionen
.....

andere motorische Probleme

.....

5.3. Prognose

Welche Prognose ist hinsichtlich der motorischen Fähigkeiten zu erwarten ?

Zustand wird voraussichtlich gleich bleiben

Zustand wird sich voraussichtlich verbessern

Zu erwartende Verbesserung :

.....

Zustand wird sich voraussichtlich verschlechtern

Zu erwartende Verschlechterung :

.....

6. Kommunikation

6.1. Momentane Kommunikation

Geben Sie zu den einzelnen Punkten bitte jeweils eine Beschreibung des momentanen Zustandes ab:

• **Kommunikationsform**

Geben Sie bei den folgenden Kommunikationsformen den Grad der Beeinträchtigung an.

Lautsprache

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :

.....

Blickverhalten

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Mimik und Gestik

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Gebärden

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Bewegungen

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Schreiben (Handschrift)

gut lesbar bedingt lesbar nicht lesbar

Anmerkungen :
.....

Schreiben (Tastatur)

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Zeichnen

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

Zeigen

gut verständlich bedingt verständlich unverständlich

Anmerkungen :
.....

• **Interaktives Verhalten**

Reaktion auf Ansprache bzw. Aufforderungen, Initiativen,
Missverständnisse

Gut Mittel nicht vorhanden

Anmerkungen :
.....
.....
.....
.....

- **Linguistische Fähigkeiten / Sprachverständnis**

Hörvermögen Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

Sprachverständnis Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

Symbolverständnis Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

- **Kommunikationshilfen**

Hatten Sie bereits Kommunikationshilfen in Gebrauch ?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Kommunikationshilfe(n) :
.....
.....

Waren Sie zufrieden ? Warum ?

.....
.....
.....
.....

Was hätte besser sein können ?

.....
.....
.....
.....

Wann und wofür wurden die Hilfsmittel eingesetzt ?

.....
.....
.....
.....
.....

War die Kommunikation dadurch effektiver ?

Ja Nein

Anmerkungen:
.....

Ist das Hilfsmittel noch in Gebrauch ?

Ja Nein

Wenn Nein, warum nicht ?

.....
.....
.....
.....

• **Sprachtherapie**

Hat eine Sprachtherapie in irgendeiner Form stattgefunden ? Wenn Ja, erläutern Sie kurz die Form und die Inhalte dieser.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Kognition / Wahrnehmung

Geben Sie zu den einzelnen Punkten bitte eine Beschreibung des momentanen Zustandes ab:

• **Aufmerksamkeit**

Konzentrationsvermögen Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

Ausdauer Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

• **Auditive Fähigkeiten**

Hörvermögen Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :
.....

Liegen Einschränkungen der auditiven Fähigkeiten vor ?

Ja Nein

Wenn ja, welche ?

.....
.....
.....

Benutzen sie Hilfsmittel (z.B. Hörgerät) ?

Ja Nein

Wenn ja, welche ?

.....
.....
.....

• **Gedächtnis**

Wie sind die Gedächtnisfunktionen erhalten ?

Kurzzeitgedächtnis :

Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :

.....
.....

Langzeitgedächtnis :

Gut Mittel Schlecht

Anmerkungen :

.....
.....

8. Fragen zum Umfeld

8.1 Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Betreutes Wohnen
- Heim
- Sonstiges :

8.2 Beruf/Tätigkeit

Ich bin noch berufstätig als :

Ich war berufstätig als :

8.3 Koordination und Begleitung

Wer übernimmt die Koordination der Versorgung und ist „das Sprachrohr“
des Betroffenen (falls nötig) ?

.....

Wer wird die Einführung des Systems begleiten und mit dem Nutzer daran
arbeiten ?

.....

Von wem wird die Versorgung therapeutisch begleitet ?

.....

.....

9. Fragen zur Versorgung

9.1 Ziel der Versorgung

Kommunikation(sförderung)

Schreibunterstützung

Verbesserung der eigenen Kommunikationsfähigkeit

Ziele im Detail :

.....

.....

9.2 Einsatzbereich

nur zu Hause (oder Heim, etc.) auch in der Öffentlichkeit

Soll das System transportabel sein ?

Ja

Warum ?.....
.....

Nein

Warum ?.....
.....

10. Zusätzliche Informationen

Hier können Sie uns noch weitere Informationen zukommen lassen, die Sie als wichtig erachten:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....