

Fragebogen Hilfsmittelprechstunde

Sind bei Ihrem Kind bereits Hilfsmittel verordnet worden

Nein Ja

Wenn bereits Hilfsmittel
verordnet wurden, Welche?

Kostenübernahme genehmigt?

Passend vorhanden?

<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Von welchen Orthopädie- und Rehatechnik-Firmen wird Ihr Kind versorgt?

Hat Ihr Kind regelmäßige Therapien? Wenn ja - bei Wem?

Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

Schweigepflichtsentbindung

Wir sind damit einverstanden, dass medizinisch, therapeutische und organisatorische Informationen, die zur bestmöglichen Hilfsmittelversorgung unseres Kindes

Name des Kindes

Geboren am

notwendig sind mit den oben genannten Behandlern (ärztlich, orthopädie- und rehatechnisch, therapeutisch) sowohl von unserem Sozialpädiatrischen Zentrum als auch von den genannten Behandlern ausgetauscht werden dürfen.

Name der Sorgeberechtigten Datum Unterschrift