

# Fragebogen zur Beantragung der Rehabilitation

Reha-Zentrum für Hörgeschädigte  
Hollesenstraße 14  
  
**24768 Rendsburg**

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

## 1. Angaben zur Person

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

## 2. Angaben zur Schul- und Berufsbildung

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

ja  nein  Schulabschluss .....

Haben Sie eine Sonderschule besucht?

entfällt  sonstiges  Sonderschule für Schwerhörige  Sonderschule für Gehörlose

2.1.1 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten? .....  
.....

2.1.2 Sind Sie umgeschult worden?

nein  ja vom ..... bis .....

Umschulberuf .....

Kostenträger .....

**3. Angaben zur aktuellen Berufssituation**

Sind Sie zur Zeit

3.1  berufstätig  im erlernten Beruf  in sonstiger Tätigkeit

3.1.1 Beamter/Beamtin

im Dienst  im Ruhestand  z.Zt. beurlaubt

3.1.2  arbeitslos seit .....

aufgrund der Behinderung  aus sonstigen Gründen

3.1.3 Rentner/Rentnerin

Altersrente  Erwerbsminderungsrente  Erwerbsunfähigkeitsrente

3.1.4 Hausmann/Hausfrau

3.1.5 in einer sonstigen Berufssituation (bitte erläutern)

.....

3.2 Ist durch Ihre Hörschädigung Ihr Arbeitsplatz gefährdet oder hat sich eine Verschlechterung der Arbeitssituation ergeben?

nein  ja (ggf. erläutern) .....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Angaben zur Sozialversicherung**

4.1 Krankenversichert bei .....

4.2 Rentenversichert bei .....

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

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? .....

Welche Ursachen hat die Hörschädigung? .....

.....

Ist Ihre Hörschädigung durch den Beruf bedingt?

- ja                       nein

Ist Ihre Hörschädigung als Berufskrankheit anerkannt?

- ja                       nein

5.3 Sind Sie Hörgeräteträger/in?

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

5.4 Tragen Sie ein Cochlea Implantat?

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

Wenn ja, wo wurde das CI implantiert? .....

Wenn ja, welches CI-Fabrikat tragen Sie? .....

5.5 Benutzen Sie Gebärdensprache?

- entfällt                       LBG                       DGS

5.6 Bestehen zusätzliche Behinderungen? .....

.....

5.7 Haben Sie eine Anerkennung als Schwerbehinderte/r?

- ja                       nein                       beantragt

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

