

Fragebogen zur Beantragung der Rehabilitation		Stand 2022-01	
1. Angaben zur Person			
Name:	Straße / Nr.		
Vorname:	PLZ / Ort		
Geburtsdatum:	Telefon:		
E-Mail:	Telefax:		
2. Angaben zur Schul- und Berufsausbildung			
Haben Sie eine Regelschule besucht (z.B. Haupt- oder Realschule, Gymnasium)			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Besuchten Sie eine Sonderschule?			
<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Sonderschule für Schwerhörige	<input type="checkbox"/> Sonderschule für Gehörlose
Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?			
3. Angaben zur aktuellen Berufssituation			
Sind Sie zur Zeit			
<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> im erlernten Beruf	<input type="checkbox"/> in sonstiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann
Beamter / Beamtin			
<input type="checkbox"/> im Dienst	<input type="checkbox"/> im Ruhestand	<input type="checkbox"/> z.Zt. beurlaubt	
<input type="checkbox"/> arbeitslos	seit		
<input type="checkbox"/> aufgrund der Behinderung	<input type="checkbox"/> aus sonstigen Gründen		
Rentner / Rentnerin			
<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Teil-Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Volle Erwerbsminderungsrente	
4. Angaben zur Sozialversicherung			
Krankenversichert bei			
Rentenversichert bei			
<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund (BfA)	<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Land (LVA)		
Wie viele Jahre sind Sie bislang insgesamt rentenversicherungspflichtig beschäftigt gewesen?			

Name:	Vorname:		
5. Angaben zur Hörschädigung			
Sie sind			
<input type="checkbox"/> mittelgradig schwerhörig	<input type="checkbox"/> ertaubt		
<input type="checkbox"/> hochgradig schwerhörig	<input type="checkbox"/> von Geburt an gehörlos		
Seit wann sind Sie hörgeschädigt?			
Welche Ursache hat Ihre Hörschädigung?			
Ist Ihre Hörschädigung als Berufskrankheit anerkannt?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie Hörgeräteträger / in?		Wenn ja, tragen Sie es ...	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> links, seit		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> rechts, seit		
Welches Hörgerätemodell tragen Sie?			
Tragen Sie ein Cochlea Implantat (CI)?		Wenn ja, tragen Sie es ...	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> links, seit		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> rechts, seit		
Wo wurde das CI implantiert?			
Welches Implantat tragen Sie?			
Benutzen Sie Gebärdensprache?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> LBG	<input type="checkbox"/> DGS	
Bestehen zusätzliche Behinderungen?			
Haben Sie eine Anerkennung als Schwerbehinderte / r?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	
Wenn Ja, welcher Grad der Behinderung wurde Ihnen zuerkannt (GdB)?			
6. Woher haben Sie die Information über das Reha-Zentrum für Hörgeschädigte?			
7. Haben Sie schon den Film zur Reha auf unserer Internetseite angeschaut?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8. Haben Sie diesen Fragebogen selbstständig ausgefüllt?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Datum:			