

**Anforderung einer persönlichen Bedarfsermittlung mit der Therapiehilfe**

**„Neater-Eater oder Arm- Support“**

**Pro Person bitte ein Formular per E-Mail oder Fax zurück.**

Der Besuch dient der individuellen Bedarfsermittlung für:

Name / Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Aufenthalt z. Zt. \_\_\_\_\_

Angefordert durch (Name) \_\_\_\_\_

Funktion / Abt. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Vorführung und Test durch Firma

**B E R G H A U S**  
**Reha- & Adaptionshilfen**  
Bauernweg 5  
59519 Möhnesee  
Tel.: 02924 / 62392 - 43  
**Fax: 02924 / 62392 - 44**  
**E-Mail: info@neater.de**

**Sonstige Bemerkungen, Krankheitsbild des Betroffenen:**

Schluckstörungen	ja	/	nein
mit Aspirationsneigung	ja	/	nein
Pat. ist Rechts- / Linkshänder?	re.	/	li.
Sind Handauslenkungen möglich?	ja	/	nein

Diagnose: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel