



Bundesverband
Skoliose-Selbsthilfe e. V.
Siegburger Straße 1a
51491 Overath

Vollständige Kontaktdaten (Firmenstempel)

Rücksendung per Post, per Fax: (0 22 06) 9 04 79 58 oder per E-Mail: verwaltung@bundesverband-skoliose.de

Fragestellungen Rehabilitationseinrichtung

* Pflichtfeld

Name der Einrichtung* _____

Kontaktperson für Skoliose (Name, Vorname)* _____

Adresse

Straße, Hausnummer:* _____

PLZ:* _____

Ort:* _____

Telefon:* _____

Fax: _____

E-Mail:* _____

Internet: _____

Fragestellungen Reha-Kliniken

1. Anerkennung durch

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

folgende Krankenkassen:

2. Anzahl der Patienten mit Wirbelsäulendeformitäten (Skoliosen/Kyphosen) pro Jahr

a. Kinder/Jugendliche _____

b. Erwachsene _____

3. Therapie

spezielles Skoliose-Therapiekonzept (kurze Darstellung)

angebotene Therapieformen: _____

verschiedene Gruppen für spezielle Skoliosen (z. B. Operierte)

4. Schwimmbad

ja nein

5. Medizinisches Personal vor Ort

- Orthopäde
- Schmerztherapeut
- Kinderarzt/Kinderorthopäde
- Internist
- Psychologe

6. Zusammenarbeit vor Ort mit einem Orthopädietechniker

ja nein

7. Diagnosemöglichkeiten vor Ort

- Röntgenanlage für Ganzkörperaufnahmen
- 3D-Lichtvermessung

8. Sonstiges

ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Können Familienmitglieder vor Ort im Haus untergebracht werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bieten Sie Freizeitaktivitäten vor Ort an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darf ich rauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es Internet? <input type="checkbox"/> kostenpflichtig? <input type="checkbox"/> | | |
| Ist die Einrichtung barrierefrei? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann ich meine Wäsche waschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorgenannten Angaben.

- Ich bin damit einverstanden, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. meine Daten auf Anfrage an Betroffene weitergibt. Mir ist bekannt, dass eine solche Weitergabe keine Empfehlung des Verbandes darstellt.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. meine Angaben im Rahmen einer Datenbank auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Die Veröffentlichung ist für mich kostenfrei. Mir ist bekannt, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. keine Verpflichtung zur Veröffentlichung übernimmt und sich das jederzeitige Recht vorbehält, Inhalte von der Internetseite herunterzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

