

Qualitätssicherungsverfahren

der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen

Neurologie

Fragebogen

Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Rehabilitations - Beginn



Version: qs-reha 3.0 _pb_n_b

www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet

B

Indikatoren des Reha-Status
Kurzversion (IRES - 24)

Dr. N. Gerdes, Dr. M. Wirtz, Prof. Dr. W.H. Jäckel, Prof. J. Bengel, Dr. E. Farin
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

+

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden. Die Beantwortung dieser Fragen soll Erkenntnisse dazu bringen, ob die Maßnahme erfolgreich war.

In dem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Manche der Fragen mögen Ihnen vielleicht nicht zutreffend erscheinen; dennoch möchten wir Sie bitten, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wie wird's gemacht?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

+

Beispiel:

| | | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Richtig: | Ich konnte schlecht einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falsch!: | Ich konnte schlecht einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falsch!: | Ich konnte schlecht einschlafen. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1 Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| So gut wie nie | Selten | Manchmal | Ziemlich oft | Meistens | Immer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Wie stark waren diese Schmerzen?

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Ich hatte keine Schmerzen | Sehr leicht | Leicht | Mäßig | Stark | Sehr stark | + |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

3 Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Nicht beeinträchtigt | Wenig beeinträchtigt | Etwas beeinträchtigt | Ziemlich beeinträchtigt | Stark beeinträchtigt | Sehr stark beeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ... (Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

| | Stark | Ziemlich | Mäßig | Ein wenig | Gar nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ... (Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

| | Stark | Ziemlich | Mäßig | Ein wenig | Gar nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... beim Aufstehen nach längerem Sitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

| | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... dass Sie sich zu nichts entschließen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... völlig erschöpft zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... lustloser als früher zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie eine Batterie zu sein, die allmählich verbraucht ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt mich zu beruhigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, Folgendes zu tun:

+

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

| | Unmöglich | Große Schwierigkeiten | Mäßige Schwierigkeiten | Geringe Schwierigkeiten | Ohne Schwierigkeiten |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 Wie stark leiden Sie unter folgenden Beeinträchtigungen?

| | Stark | Ziemlich | Mäßig | Ein wenig | Gar nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Probleme beim Schlucken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeld einschränkungen, Doppelbilder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme beim Sprechen (z.B. Aussprache Wortfindungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weinen (z.B. Sie weinen schneller als sonst / Wenn Sie etwas tun, weinen Sie leicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lähmungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Missempfindungen (z.B. Taubheit, Überempfindlichkeit, Kribbeln der Haut) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Merkstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leichte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Abschließend möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

9 Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

10 An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag

oder: An ca.

Tagen

+

11 Ihre Staatsangehörigkeit?

Deutsch

Andere

12 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte nur den höchsten Abschluss angeben)

Noch in der Schule

Kein Schulabschluss

Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss

Realschulabschluss (mittlere Reife) / Polytechnische Oberschule

Fachabitur/Abitur

Sonstiges

13 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder (Fach-)Hochschulabschluss haben Sie?

(Bitte nur den höchsten Abschluss angeben)

Ungelernt

Angelernt (beruflicher Teilabschluss)

Lehre oder anderer vergleichbarer Abschluss

Meister

(Fach-)Hochschul-Abschluss

14 Sind Sie erwerbstätig?

(Als erwerbstätig gilt auch, wer einer Nebentätigkeit nachgeht, zur Zeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

Ja

Nein

15 Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- Ich selbst Medizinisches Personal (z.B. Schwester, Pfleger, Arzt)
- Ein Verwandter Jemand anderes, nämlich:
- +

16 Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

- Anregend, aufschlussreich Ziemlich langweilig Eher lästig Richtig unangenehm

17 Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Etwa Minuten

18 Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.