

# Qualitätssicherungsverfahren

der Gesetzlichen Krankenkassen

## Patientenbogen für alle somatischen Indikationen ambulant

Fragebogen  
Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Nachbefragung



Version: Indikatoren des Reha-Status - IRES 3.3  
qs-reha 3.0 \_ pb\_s\_n

[www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet)

# N

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie nun einige Wochen nach dem Ende Ihrer Maßnahme nochmals bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden zu beantworten. Einige dieser Fragen mögen Ihnen bereits bekannt vorkommen; wir bitten Sie dennoch um eine nochmalige Beantwortung, da wir an der aktuellen Einschätzung Ihres Befindens und Ihrer Gesundheit interessiert sind.

In dem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können.

Manche der Fragen mögen Ihnen vielleicht nicht zutreffend erscheinen; trotzdem bitten wir Sie, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten für 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
<b>Richtig:</b>	Ich konnte schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falsch!:</b>	Ich konnte schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falsch!:</b>	Ich konnte schlecht einschlafen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1 Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?**

Sehr stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Wenig	Gar nicht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+

**2 Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?**

Sehr viel	Viel	Einiges	Etwas	Wenig	Nichts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?**

Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4 Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.**

**Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?**  
( Bitte in jede Zeile ein Kreuz! )

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress und Hektik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Stark erhöht</b>	<b>Ziemlich erhöht</b>	<b>Mäßig erhöht</b>	<b>Ein wenig erhöht</b>	<b>Gar nicht erhöht</b>	<b>Weiß nicht</b>
Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5 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"/>
+	↓	↓	↓	↓	↓

Weiter mit Frage 10 !

Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 6 bis Frage 9 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

**6 Wo hatten Sie diese Schmerzen?**

**7 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"/>

**8 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"/>

**9 An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?**

An  Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

**10 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 <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 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"/>

### 11 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"/>
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).	<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"/>

### 12 Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

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

Meistens    Ziemlich oft    Manchmal    Selten    Nie

Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familie, Freunde und Bekannte

### 13 Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?

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

Stark    Ziemlich    Mäßig    Ein wenig    Gar nicht

Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:

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

Trifft voll zu    Trifft weitgehend zu    Trifft ziemlich zu    Trifft kaum zu    Trifft gar zu

Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Alltägliche Sorgen und Probleme

## 15 Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen...

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

Meistens    Ziemlich oft    Manch- mal    Selten    Nie

... völlig erschöpft?	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lustloser als früher?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unruhig und abgespannt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16 Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:

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

Meistens    Ziemlich oft    Manch- mal    Selten    Nie

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"/>
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17 Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:

Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?

Sehr stark

Stark

Ziemlich

Etwas

Wenig

Gar nicht







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

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

Meistens    Ziemlich oft    Manch- mal    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"/>
... ohne Schwung zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19 Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar zu
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## 20 Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 21 Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Völlig unzufrieden					Völlig zufrieden	
<b>Wie zufrieden waren Sie...</b>							
... mit Ihrer Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer finanziellen Lage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Völlig unzufrieden				Völlig zufrieden		
<b>Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen...</b>							
Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf Ihre momentane Situation. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist. Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor.

## 22 Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)		Unmög- lich	Große Schwie- rigkeiten	Mäßige Schwie- rigkeiten	Geringe Schwie- rigkeiten	Ohne Schwie- rigkeiten
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"/>
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen		<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. Rennen, Skilaufen, Bergwandern )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23 Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Unmög- lich	Große Schwie- rigkeiten	Mäßige Schwie- rigkeiten	Geringe Schwie- rigkeiten	Ohne Schwie- rigkeiten
Eine Tageswanderung machen	<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"/>
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen.**

(Bitte in <b>jede Zeile</b> ein Kreuz!)	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar zu
Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25 Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?**

Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26 Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.**

Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt etwas	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27 Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.**

Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt etwas	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28 Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen ( z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä. )?**

Nie	Ein einziges Mal	Ein paar Mal, aber unregelmäßig	Einmal in jedem Monat	In jedem Monat mehrmals	Einmal pro Woche oder öfter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Angaben zur Person

## 29 Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

+

Nein

Beantragt

Ja

→

Mit welchem Behinderungsgrad?

Bitte hier die Zahl eintragen: →

--	--	--

## 30 Sind Sie erwerbstätig?

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

Ja

Nein

## 31 In welchem Bundesland wohnen Sie?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baden - Württemberg | <input type="checkbox"/> Bremen                   | <input type="checkbox"/> Niedersachsen         | <input type="checkbox"/> Sachsen              |
| <input type="checkbox"/> Bayern              | <input type="checkbox"/> Hamburg                  | <input type="checkbox"/> Nordrhein - Westfalen | <input type="checkbox"/> Sachsen - Anhalt     |
| <input type="checkbox"/> Berlin              | <input type="checkbox"/> Hessen                   | <input type="checkbox"/> Rheinland - Pfalz     | <input type="checkbox"/> Schleswig - Holstein |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg         | <input type="checkbox"/> Mecklenburg - Vorpommern | <input type="checkbox"/> Saarland              | <input type="checkbox"/> Thüringen            |

Wir möchten Sie nun abschließend bitten, anhand der folgenden Fragen zu beurteilen, wie zufrieden Sie rückblickend mit Ihrem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung waren.

## Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung

32. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

**Bei meiner Aufnahme in der Einrichtung wurde ich ausreichend darüber informiert, ...**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
... wie ich meine Behandlungsräume finden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich meinen Therapieplan erhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich von Terminverschiebungen erfahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo ich mich in Therapiepausen aufhalten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo sich die sanitären Einrichtungen befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo ich persönliche Gegenstände aufbewahren kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wann - gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme - fand die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?

vor der Aufnahme	am 1. Tag	am 2. Tag	am 3. Tag	erst nach dem 3. Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

**Bei der Aufnahmeuntersuchung ...**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
... hat sich die Ärztin/der Arzt ausführlich Zeit für mich genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat die Ärztin/der Arzt mit mir den Verlauf der Behandlung besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mich die Ärztin/der Arzt nach eigenen Wünschen und Vorstellungen bezüglich der Behandlung gefragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Der Rehabilitationsverlauf - Kontakte zum Behandlungsteam

**35. Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt ein Gespräch oder eine Visite mit Ärzten?**

weniger als 1-mal  
pro Woche

1-mal pro Woche

2-3-mal pro  
Woche

mehr als 3-mal pro  
Woche

**36. Wurden mit Ihnen die Ziele der Rehabilitation besprochen?**

Nein

⇒ weiter mit Frage 38

Ja

⇒ weiter mit Frage 37

**37. Wann - gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme - wurden die Ziele Ihrer Rehabilitation mit Ihnen besprochen?**

vor der  
Aufnahme

am 1. Tag

am 2. Tag

am 3. Tag

nach dem 3. Tag

**38. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen über die Ziele Ihrer Rehabilitation zu?**

trifft  
überhaupt  
nicht zu

trifft eher  
nicht zu

trifft teils  
zu, teils  
nicht zu

trifft eher  
zu

trifft voll  
und ganz  
zu

Die Ärztin/der Arzt hat mit mir besprochen,  
wie ich die Erkrankung und damit  
verbundene Belastungen erlebe






Bei der Bestimmung der Reha-Ziele wurden  
meine eigenen Vorstellungen berücksichtigt






Mit den festgelegten Reha-Zielen war ich  
einverstanden






Die Erreichung der Ziele wurde mit mir  
besprochen

39. <u>Ärztliche</u> Betreuung während der Rehabilitation					
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Der Umfang der ärztlichen Betreuung war genau richtig für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Ärzten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen wollte, konnte ich sie/ihn immer erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gut betreut	gut betreut	zufrieden- stellend betreut	mäßig betreut	schlecht betreut
<b>Insgesamt fühle ich mich von den Ärzten...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. <u>Therapeutische</u> Betreuung (z.B. durch Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, etc.) während der Rehabilitation					
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Von den Therapeuten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapeutin/der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlung war auf meine persönlichen Probleme zugeschnitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gut betreut	gut betreut	zufrieden- stellend betreut	mäßig betreut	schlecht betreut
<b>Insgesamt fühle ich mich von den Therapeuten...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Psychologische Betreuung während der Rehabilitation**

**Haben Sie während der Rehabilitationsmaßnahme Gespräche mit einer Psychologin/ einem Psychologen geführt?** (Bitte nur eine Antwort)

Nein, ich habe keine Gespräche geführt und auch keinen Gesprächsbedarf gehabt

⇒ Bitte gehen Sie weiter zu **Frage 43.**

Nein, ich habe keine Gespräche geführt, aber ich hätte Gesprächsbedarf gehabt

⇒ Bitte gehen Sie weiter zu **Frage 43.**

Ja, ich habe ein oder mehrere Gespräche geführt

⇒ Bitte machen Sie mit **Frage 42** weiter.

**42. Wenn Sie psychologische Gespräche während der Rehabilitation erhalten haben, wie beurteilen Sie diese?**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Der Umfang der psychologischen Betreuung war genau richtig für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Probleme zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Psychologen fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin/der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit Psychologen sprechen wollte, konnte ich sie/ihn immer erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gut betreut	gut betreut	zufriedenstellend betreut	mäßig betreut	schlecht betreut
<b>Insgesamt fühle ich mich von den Psychologen...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der Rehabilitationsverlauf - Organisation der Behandlung****43. Wann - gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme - begann die eigentliche Therapie/Behandlung in der Reha-Einrichtung?**

am 1. Tag

am 2. Tag

am 3. Tag

erst nach dem 3. Tag

**44. Wie häufig kam es vor, dass ...**

	war die Regel/ immer	oft	manch- mal	selten	nie
... sich Behandlungstermine überschnitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Behandlungstermine ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie über Änderungen im Therapieplan nicht informiert wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Behandlungstermine mit mehr als 10 Minuten Verspätung begannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie zu lange Pausen zwischen zwei Behandlungsterminen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie zwischen den Behandlungsterminen zu wenig Ruhezeiten hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt wechselte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die behandelnden Therapeuten wechselten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie von allen Mitarbeitern respektvoll und ganz persönlich behandelt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45. Schulung, Vorträge, Seminare und Beratungen**

**An welchen der folgenden Schulungen, Vorträge und Beratungen haben Sie in der Einrichtung teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?**

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. an einer Lehrküche teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik **teilgenommen** "ja" an. Waren die Schulungen **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik **Urteil** das ganz **linke Kästchen** an; waren die Schulungen **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Somit wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. an keiner Lehrküche teilgenommen, kreuzen Sie unter der Rubrik **teilgenommen** "nein" an)

	Teilgenommen?			Falls Ja: Urteil				
	Nein	Ja	→	Sehr schlecht				Sehr gut
<b>Gesundheitsprogramm</b> (z.B. Vorträge)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lehrküche</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schulungen</b> (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sozial- und Berufsberatung</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46. Behandlungen****An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Einrichtung teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?**

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik **„teilgenommen“** **„ja“** an. War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik **„Urteil“** das ganz **linke Kästchen** an; war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Somit wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. keine Massage erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik **„teilgenommen“** **„nein“** an)

	Teilgenommen?		→	Falls Ja: Urteil				
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr gut
<b>Krankengymnastik / Physiotherapie einzeln</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Krankengymnastik / Physiotherapie in der Gruppe</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sport- und Bewegungstherapie</b> (z.B. Konditionstraining)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo-/Gestaltungstherapie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Anwendungen</b> (z.B. UV-Therapie, Bestrahlung, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Massagen</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entspannungstherapien</b> (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ärztliche Behandlungen</b> (z.B. Chirotherapie, Injektionen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitstherapie / Belastungserprobung</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Wie haben sich Therapeuten und Ärzte nach Ihrem Eindruck über Ihre Behandlung ausgetauscht?**

sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. Wurden folgende Personen in die Behandlung miteinbezogen oder hat die Einrichtung Kontakt zu Ihnen aufgenommen (auch telefonisch)?**

	Nein, und es gab auch keinen Bedarf	Nein, obwohl Bedarf dazu bestanden hat	Ja.
Partnerin/Partner, Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/-arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49. Ich habe in der Einrichtung alle für mich notwendigen Therapien erhalten**

trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der Rehabilitationsverlauf - Organisation der Einrichtung**

**50. Wie beurteilen Sie...**

	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
die Ruhemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Atmosphäre in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Umkleieräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Duschräume und Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hygiene und Sauberkeit der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Ausstattung mit Schränken zur Aufbewahrung Ihrer Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



50. Wie beurteilen Sie...	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
die Leistungen der Einrichtungsverwaltung (z.B. Empfang, Service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Möglichkeit, Kritik an den Abläufen in der Einrichtung und der Organisation der Behandlung zu äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Wie haben Sie folgende Bedingungen der ambulanten Rehabilitation wahrgenommen?	war ein Problem für mich	war kein Problem für mich
Die tägliche Hin- und Rückfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung des Haushaltes während der Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung und Betreuung von Kindern oder Angehörigen während der Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung und Betreuung von Haustieren während der Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Wie weit war die Reha-Einrichtung von Ihrem Wohnort entfernt?	53. Wie lange hat die tägliche Anreise etwa gedauert (Zeit für eine Fahrt; z.B. Hinfahrt)?
ca. _____ km	_____ Stunden _____ Minuten

54. Wie sind Sie in die Reha-Einrichtung gekommen?
<input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln
<input type="checkbox"/> mit dem PKW → wenn ja, gab es ausreichend Parkplätze? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> mit einem Fahrdienst der Reha-Einrichtung
<input type="checkbox"/> sonstiges _____

## Die Entlassung

### 55. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das in der Reha Gelernte war für den Alltag geeignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde besprochen, wie ich das in der Reha Gelernte im Alltag umsetzen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die bei der Umsetzung des Gelernten im Alltag entstehen können, wurden besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 56. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich bin darüber informiert worden, an welchen weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten ich nach der Entlassung teilnehmen sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen hierüber waren für mich ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten ausreichend unterstützt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 57. Wie beurteilen Sie die Länge der Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?

zu lang <input type="checkbox"/>	eher zu lang <input type="checkbox"/>	genau richtig <input type="checkbox"/>	eher zu kurz <input type="checkbox"/>	zu kurz <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	---	--	-------------------------------------

### 58. Wie haben Sie die Behandlung in der Reha-Einrichtung beendet?

planmäßig/regulär, incl. Verlängerung <input type="checkbox"/>	vorzeitig auf Veranlassung der Einrichtung <input type="checkbox"/>	vorzeitig auf eigenen Wunsch/ Abbruch der Behandlung <input type="checkbox"/>
--	---	---

# Gesamtbeurteilung

**59. Wie beurteilen Sie diese medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?**

sehr

schlecht ausgezeichnet

**60. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?**

ja  nein

**61. Einer Freundin/einem Freund mit ähnlichen Gesundheitsproblemen würde ich diese Reha-Einrichtung empfehlen**

trifft überhaupt nicht zu  trifft eher nicht zu  trifft teils zu, teils nicht zu  trifft eher zu  trifft voll und ganz zu

**62. Haben Sie noch weitere positive oder negative Anmerkungen oder Vorschläge zur Gestaltung der Rehabilitation in der Reha-Einrichtung?**

---



---

**63. Wie verständlich war der Fragebogen?**

gar nicht verständlich  eher unverständlich  mittel  eher gut zu verstehen  voll und ganz verständlich

**64. Wie viel Zeit haben Sie für das Ausfüllen des Fragebogens benötigt?**

Etwas \_\_\_\_\_ Minuten

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit! Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.**