

QS-Reha-Verfahren Geriatrie

Bezugspersonenbefragung

zur Reha-Maßnahme (stationär und ambulant)

Nachbefragung

Beschlossen durch den Gemeinsamen Ausschuss der Vertragspartner nach § 137d SGB V am 01.02.2018

Sehr geehrter Angehöriger, Bekannter, Betreuer der Patientin/des Patienten,

wir sind ständig bemüht, die Behandlung unserer Patienten weiter zu verbessern.

Um die Qualität der Behandlung einschätzen zu können, interessieren wir uns dafür, wie gut die Patientin/der Patient bestimmte Tätigkeiten heute ca. zwei Wochen nach der Reha ausüben kann.

Da der Patient die Fragen dazu nicht selbst beantworten möchte bzw. nicht selbst beantworten kann, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zum aktuellen Leistungsvermögen des Patienten aus Ihrer Sicht auf Grundlage Ihrer Beobachtungen zu beantworten.

Wir bitten Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen.

Weil die Fragen über Ihren Angehörigen z.T. sehr privat sind, kann es vorkommen, dass Sie die eine oder andere Frage nicht oder nicht sicher beantworten können.

In solchen Fällen gehen Sie bitte zur nächsten Frage weiter ohne ein Kreuz zu machen.

Für die Beantwortung der Fragen können Sie Pausen einlegen und sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen.

Beachten Sie bitte, dass sich alle Fragen auf den Patienten/die Patientin beziehen.

Ausfüllhinweis

Da der Fragebogen mit einem Computer ausgewertet wird, ist es wichtig, dass Sie Ihre Antwort-Kreuze genau in die dafür vorgesehenen Kästchen setzen.



Bitte so markieren:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nicht markieren:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/>

1.1 Schmerzen

a. Nimmt Ihr(e) Angehörige(r) Schmerzmittel ein? nein ja

b. Wie stark sind ihre/seine Schmerzen in Ruhe?

Sie/Er hat keine Schmerzen.	sehr leicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Wie stark sind ihre/seine Schmerzen bei Belastung?

Sie/Er hat keine Schmerzen.	sehr leicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Wie stark sind ihre/seine Schmerzen bei Bewegung?

Sie/Er hat keine Schmerzen.	sehr leicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.

Wir wollen nun von Ihnen wissen:

Kann Ihr(e) Angehörige(r) folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten:

	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kartoffelbrei, Pudding oder Joghurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. weich gekochtes Gemüse (z. B. Kartoffeln, Blumenkohl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. feste Speisen (z. B. Brot oder Fleisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mahlzeiten mit unterschiedlichen Bestandteilen (z. B. Eintopf, Suppe mit Einlage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.3 Stuhlgang

a. Wie häufig hat Ihr(e) Angehörige(r) Stuhlgang?

- mehrmals am Tag
- einmal am Tag bis alle 2 Tage
- alle 3 bis 5 Tage
- alle 6 Tage und seltener

b. Verwendet sie/er dafür Medikamente?

- nein
- ja

c. Wie ist die Konsistenz ihres/seines Stuhlgangs?

- überwiegend fest
- überwiegend breiig
- überwiegend flüssig

d. Verwendet sie/er dafür Medikamente?

- nein
- ja

e. Kann sie/er den Stuhl halten (Kontinenz)?

- nie
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

f. Hat sie/er Schmerzen beim Stuhlgang?

- nie
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

1.4 Entleerung der Blase

a. Hat Ihr(e) Angehörige(r) einen Harnblasenkatheter?

- nein ja - (dann bitte zur nächsten Seite des Bogens gehen)

b. Wie häufig verliert sie/er am Tag ungewollt Urin?

- nie selten gelegentlich oft immer

c. Wie häufig scheidet sie/er am Tag kontrolliert Urin aus?

- nie selten gelegentlich oft immer

d. Wie häufig verliert sie/er in der Nacht ungewollt Urin?

- nie selten gelegentlich oft immer

e. Wie häufig scheidet sie/er in der Nacht kontrolliert Urin aus?

- nie selten gelegentlich oft immer



2.1 Lesen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. Geschriebenes lesen (Zeitung, Zeitschriften, Bücher) und verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. beim Lesen den roten Faden behalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gelesenes wiedergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





2.2 Angelegenheiten regeln

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	gar nicht	kaum	mittel-mäßig	gut
a. einen Tag planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. erkennen, dass wichtige Dinge des täglichen Bedarfs zur Neige gegangen sind (z. B. Zucker, Toilettenpapier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. eine Einkaufsliste erstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wüsste Ihr(e) Angehörige(r), was zu tun ist, ...	gar nicht	kaum	mittel-mäßig	gut
a. wenn sie/er Besuch zum Kaffeetrinken bekommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. wenn ihr/sein Fernseher nicht mehr richtig funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. wenn sie/er Geschenke kaufen wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. wenn sie/er zu Hause stürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





2.3 Aufmerksamkeit

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. einem kurzen Gespräch (ca. 3 Minuten) folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. im Fernsehen eine Tiersendung verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ihre/seine Gedanken gut zusammenhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. sich konzentrieren, wenn um sie/ihn herum viel los ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. im Fernsehen einen Spielfilm verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3.1 Stimm- und Sprechfunktion

a. Wie schnell kann Ihr(e) Angehörige(r) sprechen?

- normal schnell
- nur langsam
- sie/er kann gar nicht mehr sprechen - (dann bitte weiter zur nächsten Seite)

b. Wie ist ihre/seine Aussprache?

- klar und deutlich
- mittelmäßig, andere habe Mühe sie/ihn zu verstehen
- undeutlich / verwaschen, sie/er wird kaum verstanden

c. Wie laut kann sie/er sprechen?

- normal laut
- nur leise
- sie/er kann nur flüstern

d. Wie flüssig kann sie/er sprechen?

- gleichmäßig flüssig
- leicht stockend, holperig oder stotternd
- stark stockend, holperig oder stotternd

e. Kann sie/er mit Betonung sprechen?

- angemessen betont
- wenig betont
- monoton

f. Gerät sie/er beim Sprechen außer Atem?

- nie
- gelegentlich
- sie/er muss häufig zwischenatmen.

3.2 Sprache

a. Hat Ihr(e) Angehörige(r) Wortfindungsstörungen?

keine

leichte

starke

b. Wie gut oder schlecht kann sie/er Gegenstände und Situationen benennen?

kaum

mittelmäßig

gut

c. Kann sie/er das, was andere zu ihr/ihm sagen, inhaltlich verstehen?

kaum

mittelmäßig

gut

d. Verwendet sie/er beim Sprechen unpassende Begriffe?

(z. B.: „Gib mir bitte mal das Auto rüber!“ statt „Gib mir bitte mal das Messer rüber!“)

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

e. Vertauscht sie/er beim Sprechen die Laute in den Wörtern? (z. B. "Bagel" statt "Gabel")

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

f. Kann sie/er korrekte Sätze bilden?

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

g. Wie häufig verwendet sie/er Floskeln und Redewendungen?

nie

selten

gelegentlich

oft

immer



3.3 Kommunikation

Kann Ihr(e) Angehörige(r)...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. antworten, wenn sie/er von jemandem angesprochen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. von sich aus ein Gespräch beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. eine Unterhaltung mit Ihrem/seinem direkten Gegenüber führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. sich an einer Diskussion in der Gruppe beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. einen Termin vereinbaren (z. B. bei einem Arzt, einer Bank)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





3.4 Kommunikationsgeräte benutzen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) mit dem Telefon telefonieren?

gar nicht

kaum

mittelmäßig

gut





4.1 Körperposition wechseln

Kann Ihr(e) Angehörige(r) (ggf. mit Hilfsmittel) ...	gar nicht	nur mit Hilfs-person	allein kaum	allein mittel-mäßig	allein gut
a. sich im Bett umdrehen (von der Rückenlage in die Seitenlage und umgekehrt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich vom Liegen im Bett zum Sitzen an der Bettkante aufrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. sich von der Bettkante in einen Stuhl (Rollstuhl, Toilettenstuhl) setzen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. aus dem Bett aufstehen und sich aufrecht hinstellen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.2 In einer Körperposition verbleiben

Kann Ihr(e) Angehörige(r)...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. 10 Sekunden frei an der Bettkante sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 10 Minuten frei sitzen (z. B. zum Waschen, für eine Mahlzeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 30 Sekunden lang stehen, mit oder ohne Festhalten (z. B. neben dem Bett)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.3 Gegenstände anheben und tragen

Kann Ihr(e) Angehörige(r)...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. eine leere Tasse tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. eine volle Tasse (z. B. von der Küche ins Wohnzimmer) tragen, ohne etwas zu vergießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. eine volle Wasserflasche (z. B. vom Flur in die Küche) tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. eine gefüllte Einkaufstasche tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.4 Händegebrauch

Kann Ihr(e) Angehörige(r)...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. einen Bleistift halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. eine Münze aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. einen Schlüssel ins Schloss stecken und umdrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. die Knöpfe am Hemd / an der Bluse schließen und öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. den Schraubverschluss einer bisher ungeöffneten Wasserflasche öffnen und wieder zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.5 Rollstuhlgebrauch

Kann <u>Ihr(e) Angehörige(r) alleine ...</u>	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. beim Rollstuhl die Bremsen öffnen und schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mit dem Rollstuhl geradeaus fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. mit dem Rollstuhl Kurven fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. mit dem Rollstuhl wenden und rangieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. mit dem Rollstuhl Türen öffnen und schließen, Schwellen und Engpässe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. mit dem Rollstuhl Schrägen, Bordsteinkanten und verschiedene Untergründe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.6 Gangsicherheit

Kann Ihr(e) Angehörige(r) (ggf. mit Gehhilfe) ...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. Hindernissen ausweichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich umdrehen (sich auf der Stelle um 180° drehen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. gehen und sich dabei unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. gehen und dabei den Kopf zur Seite drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwellen, Engpässe und unterschiedliche Bodenbeläge überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.7 Gehen im Innenbereich

1. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

innerhalb des Zimmers gehen (z. B. vom Bett zum Fenster),
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

innerhalb der Wohnung von Zimmer zu Zimmer gehen (ebenerdig, z. B. vom Schlafzimmer ins Bad),
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.8 Treppensteigen

1. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

zwei Stufen auf- und abwärts steigen
(z. B. Eingangsbereich, Bordsteinkante),
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

sieben Stufen auf- und abwärts steigen,
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.8 Treppensteigen

3. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

eine Etage auf- und abwärts steigen
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

zwei oder mehr Etagen auf- und abwärts
steigen

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.9 Gehen im Außenbereich

1. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

im Außenbereich 15 Minuten am Stück gehen,
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

im Außenbereich 30 Minuten am Stück gehen,
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.9 Gehen im Außenbereich

3. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

im Außenbereich eine Stunde am Stück gehen,
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...

im Außenbereich über schwierige Wege gehen,
(Schrägen, Bordsteinkanten, Unebenheiten)
und zwar

	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4.10 Transportmittel nutzen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. in ein Auto einsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. aus einem Auto aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. öffentliche Verkehrsmittel benutzen (Straßenbahn, Bus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.1 Sich waschen

1. Kann Ihr(e) Angehörige(r) sich ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. das Gesicht waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. den Oberkörper waschen (ohne Rücken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. die Unterschenkel und die Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kann Ihr(e) Angehörige(r) sich...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
in der Dusche oder in der Badewanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ... den Oberkörper waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... die Beine und Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.2 Körperpflege

Kann Ihr(e) Angehörige(r) sich ...	betrifft sie/ihn nicht	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. die Zähne putzen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. die Haare frisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.3 Toilettennutzung

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	betrifft sie/ihn nicht	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. die Hose nach unten und wieder hoch ziehen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich auf die Toilette / den Toilettenstuhl setzen und wieder aufstehen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. den Intimbereich säubern?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ihre/seine Kontinenzeinlagen wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. sich die Hände waschen und abtrocknen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.4 Sich kleiden

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. den Oberkörper an- und auskleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. eine Hose an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Straßenschuhe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.5 Essen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. mundgerecht vorbereitetes Essen mit Besteck essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. klare Suppe mit dem Löffel zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ihr/sein Essen selbst mundgerecht zerteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ein Brötchen aufschneiden und streichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5.6 Trinken

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. etwas zum Trinken eingießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. aus einer Tasse oder einem Becher mit Henkel trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. aus einem Glas trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





6.1 Mahlzeiten zubereiten

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. Nahrungsmittel verarbeiten (z.B. Obst waschen und schälen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Frühstück und Abendessen zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. eine fertige Mahlzeit aufwärmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. warme Mahlzeiten kochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





6.2 Hausarbeiten erledigen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. den Tisch abdecken und Geschirr spülen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Staub wischen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. den Boden mit dem Staubsauger oder Besen reinigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Wäsche waschen und aufhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





6.3 Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	betrifft sie/ihn nicht	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. Einkäufe erledigen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ein Taxi bestellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. eine Reparatur veranlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





7.1 Private Beziehungen

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	betrifft sie/ihn nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. mit ihren/seinen Enkelkindern spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Freunde und Bekannte zu sich einladen und sich um sie kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. an einer größeren Familienfeier teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





8.1 Wirtschaftliches Leben

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	gar nicht	nur mit Hilfs-person	allein kaum	allein mittel-mäßig	allein gut
a. die Preise der Dinge, die sie/er täglich benötigt, nennen (z. B. für Brötchen, Zeitschrift, Kaffee)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ihre/seine finanzielle Situation überschauen (z. B. Kontostand, regelmäßige Zahlungen kennen)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bankgeschäfte erledigen (z. B. Kontoauszüge prüfen, Überweisungen tätigen)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





9.1 Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit

Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...	gar nicht	nur mit Hilfs-person	allein kaum	allein mittel-mäßig	allein gut
a. ihre/seine privaten Kontakte pflegen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. neue Kontakte knüpfen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ihren/seinen Hobbys nachgehen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen (Ausstellung, Kino, Konzert)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Eine Frage zu den Zielen,
die in der Reha verfolgt wurden

Zu Beginn der Reha wurde mit dem Patienten
und/oder mit Ihnen zusammen folgende(s)
Reha-Ziel(e) vereinbart:

1. Hat der Patient diese(s) Ziel(e) erreicht?

gar nicht

kaum

teils,
teils

ziemlich

völlig

Noch einige Fragen zur Zeit
nach der Reha-Maßnahme

2. Sind bei Ihrem Angehörigen seit der Reha-Maßnahme neue medizinische Probleme aufgetreten? nein ja

Wenn ja, welche?

3. Hatte Ihr Angehöriger seit der Reha-Maßnahme einen Krankenhausaufenthalt von mehr als zwei Tagen? nein ja

4. Sind seit der Reha-Maßnahme schwerwiegende nicht-medizinische Ereignisse im nahen Umfeld Ihres Angehörigen eingetreten (z. B. Umzug, Trauerfall)? nein ja

Wenn ja, welche?

5. Hat Ihr Angehöriger seit der Reha-Maßnahme Sachleistungen oder Pflegeleistungen in Anspruch genommen (z. B. Badumbau, Pflegedienst)? nein ja

Wenn ja, welche?

Noch einige Fragen zu Ihrer Person

6. Alter

Jahre

7. Geschlecht

weiblich männlich

8. Berufliche Situation

nicht berufstätig berufstätig, in Teilzeit berufstätig, in Vollzeit

9. In Bezug zum Reha-Patienten bin ich ein ...

Familienmitglied (Ehepartner, Kind, Enkel) Freund, Bekannter gerichtlich bestellter Betreuer

10. Ich kenne den Reha-Patienten seit...

Jahren Monaten

11. Wie häufig haben Sie den Reha-Patienten in der Reha-Einrichtung besucht? **(bitte nur eine Angabe machen)**

täglich
 ich war im selben Zimmer untergebracht
insgesamt mal
pro Woche mal

12. Wie häufig haben Sie mit einem Behandler (Arzt, Schwester, Therapeuten) in der Reha-Einrichtung ein Gespräch gehabt? **(bitte nur eine Angabe machen)**

täglich
insgesamt Gespräche
pro Woche Gespräche

13. Wie viel Zeit benötigen Sie im Normalfall für den einfachen Weg von Ihrem Wohnort zur Reha-Einrichtung? (egal ob zu Fuß oder mit einem Verkehrsmittel)

Stunden Minuten

14. Zukünftig sollen die Fragebögen auch im Internet online beantwortet werden können. Würden Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen?

nein ja

15. Möchten Sie uns zum Fragebogen, zur Reha-Maßnahme oder sonst noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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