

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Bezugspersonenbefragung – Geriatrie – stationär (Nachbefragung)



001

B0

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

Stand: 22.12.2023 QS-Reha Zyklus 5.0

Einrichtungs-ID

**1700 Geriatrie**

**Sehr geehrte Angehörige, Bekannte, Betreuer der Patientin / des Patienten,**

wir sind ständig bemüht, die Behandlung unserer Patientinnen / 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 zu Beginn der Reha ausüben kann. Da die Patientin / der Patient die Fragen dazu nicht selbst beantworten möchte bzw. nicht selbst beantworten kann, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zum aktuellen Leistungsvermögen der Patientin / des Patienten aus Ihrer Sicht auf Grundlage Ihrer Beobachtungen zu beantworten. Wir bitten Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen. Weil die Fragen über Ihre Angehörige / 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.

Beachten Sie bitte, dass sich alle Fragen auf die Patientin / den Patienten beziehen. Nach der Reha werden wir uns erneut an Sie wenden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

**Bitte Felder sauber und kräftig markieren!**

**Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen und gewünschtes Feld ankreuzen.**

richtig  
 falsch





## Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.

Wir wollen nun von Ihnen wissen:

**Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten?**

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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"/>

## Lesen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Geschriebenes lesen und verstehen? ( <i>Zeitung, Zeitschriften, Bücher</i> )	<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"/>

## Angelegenheiten regeln

### Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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 Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger, was zu tun ist, ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
d. ... wenn sie / er Besuch zum Kaffeetrinken bekommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... wenn ihr / sein Fernseher nicht mehr richtig funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... wenn sie / er Geschenke kaufen wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... wenn sie / er zu Hause stürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Aufmerksamkeit

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einem kurzen Gespräch folgen? (ca. 3 Minuten)	<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"/>

## Stimm- und Sprechfunktion

### a. Wie schnell kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger sprechen?

- Normal schnell
- Nur langsam
- Sie / Er kann gar nicht mehr sprechen → Bitte weiter zur nächsten Seite

### b. Wie ist ihre / seine Aussprache?

- Klar und deutlich
- Mittelmäßig, andere haben 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

## Sprache

**a. Hat Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger Wortfindungsstörungen?**

Keine	Leichte	Starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Kaum	Mittelmäßig	Gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Kaum	Mittelmäßig	Gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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
<input type="checkbox"/>				

**e. Vertauscht sie / er beim Sprechen die Laute in den Wörtern?**

(z. B. „Bagel“ statt „Gabel“)

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>				

**f. Kann sie / er korrekte Sätze bilden?**

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>				

## Kommunikation

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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"/>

## Kommunikationsgeräte benutzen

**a. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger mit dem Telefon telefonieren?**

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

**b. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger das Internet nutzen**  
(z.B. um Dinge zu suchen oder mit anderen zu kommunizieren)

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

Sie / Er hat keinen Internet-Zugang

MUSTER

## Körperposition wechseln

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...					
	Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... sich im Bett umdrehen ( <i>von der Rückenlage in die Seitenlage und umgekehrt</i> )?	<input type="checkbox"/>				
b. ... sich vom Liegen im Bett zum Sitzen an der Bettkante aufrichten?	<input type="checkbox"/>				
c. ... sich von der Bettkante in einen Stuhl ( <i>Rollstuhl, Toilettenstuhl</i> ) setzen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>				
d. ... aus dem Bett aufstehen und sich aufrecht hinstellen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>				

## In einer Körperposition verbleiben

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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"/>

## Gegenstände anheben und tragen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehörige) ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... eine leere Tasse tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine volle Tasse tragen, ohne etwas zu vergießen? (z. B. von der Küche ins Wohnzimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine volle Wasserflasche tragen? (z. B. vom Flur in die Küche)	<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"/>

## Händegebrauch

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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"/>

## Rollstuhlgebrauch

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger alleine ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	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"/>

## Gangsicherheit

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger (ggf. mit Gehhilfe) ...				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Hindernissen ausweichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sich umdrehen ( <i>sich auf der Stelle um 180° drehen</i> )?	<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"/>

## Gehen im Innenbereich

**1. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger innerhalb des Zimmers gehen, und zwar ...**  
(z. B. vom Bett zum Fenster)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

**2. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger innerhalb der Wohnung von Zimmer zu Zimmer gehen, und zwar ...**  
(ebenerdig, z. B. vom Schlafzimmer ins Bad)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

## Treppensteigen

**1. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger zwei Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ...**  
(z. B. Eingangsbereich, Bordsteinkante)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

**2. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger sieben Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ...**

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

**3. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger eine Etage auf- und abwärts steigen, und zwar ...**

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

**4. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger zwei oder mehr Etagen auf- und abwärts steigen ...**

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

## Gehen im Außenbereich

### 1. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger im Außenbereich 15 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

### 2. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger im Außenbereich 30 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

### 3. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger im Außenbereich eine Stunde am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

### 4. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger im Außenbereich über schwierige Wege gehen, und zwar ... (Schrägen, Bordsteinkanten, Unebenheiten)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
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"/>				
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>				

## Transportmittel nutzen

**Kann Ihre Angehörige / Ihre Angehöriger ...**

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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 ( <i>Straßenbahn, Bus</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sich waschen

### Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger sich ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... das Gesicht waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... den Oberkörper waschen ( <i>ohne Rücken</i> )?	<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"/>

### Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger sich in der Dusche oder in der Badewanne ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
e. ... den Oberkörper waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... die Beine und Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Körperpflege

### Kann Ihre Angehörige / Ihre Angehörige(r) sich ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft sie / ihn nicht
a. ... die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... die Haare frisieren?	<input type="checkbox"/>				

Muster

## Toilettennutzung

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...					
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft sie / ihn nicht
a. ... die Hose nach unten und wieder hochziehen?	<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 Kontinenzeinlagen wechseln?	<input type="checkbox"/>				
e. ... sich die Hände waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

## Sich kleiden

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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"/>

## Essen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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"/>

## Trinken

### Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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"/>

## Mahlzeiten zubereiten

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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"/>

## Hausarbeiten erledigen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	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"/>

## Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...					
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft sie / ihn nicht
a. ... Einkäufe erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... ein Taxi bestellen?	<input type="checkbox"/>				
c. ... eine Reparatur veranlassen?	<input type="checkbox"/>				

## Private Beziehungen

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...					
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft sie / ihn nicht
a. ... mit ihren / seinen Enkelkindern spielen?	<input type="checkbox"/>				
b. ... Freunde und Bekannte zu sich einladen und sich um sie kümmern?	<input type="checkbox"/>				
c. ... an einer größeren Familienfeier teilnehmen?	<input type="checkbox"/>				

## Wirtschaftliches Leben

Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ...					
	Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... die Preise der Dinge, die sie / er täglich benötigt, nennen? <i>(z. B. für Brötchen, Zeitschrift, Kaffee)</i>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... ihre / seine finanzielle Situation überschauen? <i>(z. B. Kontostand, regelmäßige Zahlungen kennen)</i>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Bankgeschäfte erledigen? <i>(z. B. Kontoauszüge prüfen, Überweisungen tätigen)</i>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit

**a. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ihre / seine privaten Kontakte pflegen?**

Gar nicht	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger neue Kontakte knüpfen?**

Gar nicht	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**c. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger ihren/seinen Hobbys nachgehen?**

Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**d. Kann Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen? (Ausstellung, Kino, Konzert)**

Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stuhlgang

**a. Wie häufig hat Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger Stuhlgang?**

Sehr selten	Selten	Normal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>				

**b. Verwendet sie / er dafür Medikamente?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

**c. Wie ist die Konsistenz ihres / seines Stuhlgangs?**

<input type="checkbox"/> Überwiegend fest
<input type="checkbox"/> Überwiegend breiig
<input type="checkbox"/> Überwiegend flüssig

**d. Verwendet sie / er dafür Medikamente?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

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

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>				

**f. Hat sie / er Schmerzen beim Stuhlgang?**

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>				

## Entleerung der Blase

**a. Hat Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger einen Harnblasenkatheter?**

Nein

Ja

➔ Bitte weiter zur nächsten Seite des Bogens gehen

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

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

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

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer



## Noch einige Fragen zur Zeit nach der Reha-Maßnahme

**2. Sind bei Ihrer Angehörigen / Ihrem Angehörigen seit der Reha-Maßnahme neue medizinische Probleme aufgetreten?**

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

**3. Hatte Ihre Angehörige / 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 Ihre Angehörige / Ihres Angehörigen eingetreten? (z. B. Umzug, Trauerfall)**

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

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

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

**6. Nimmt Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger Schmerzmittel ein?**

Nein

Ja

---

## Noch einige Fragen zu Ihrer Person

### 7. Alter

Jahre

### 8. Geschlecht

Männlich

Weiblich

Divers

### 9. Berufliche Situation

Nicht berufstätig

Berufstätig, in Teilzeit

Berufstätig, in Vollzeit

### 10. In Bezug zur Reha-Patientin / zum Reha-Patienten bin ich ein ...

... gerichtlich bestellter Betreuer

... Freund, Bekannter

... Familienmitglied (*Ehepartner, Kind, Enkel*)

### 11. Ich kenne die Reha-Patientin / den Reha-Patienten seit ...

Jahren

Monaten

### 12. Wie häufig haben Sie die Reha-Patientin / 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.

**Bezugspersonenbefragung – Nachbefragung**

**13. Wie häufig haben Sie mit einer Behandlerin / einem Behandler (Arzt, Pflegekraft, Therapeut) in der Reha-Einrichtung ein Gespräch gehabt?**

*Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Täglich

Insgesamt

Gespräche.

Pro Woche

Gespräche.

**14. 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

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

Nein

Ja

Ich habe kein Telefon

Ich habe kein Internetzugang

**16. 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.