

**Qualitätssicherungsverfahren  
medizinische stationäre Rehabilitation/Vorsorge  
für Mütter und Väter  
(einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen)  
der Gesetzlichen Krankenkassen**

**Patientenbogen**

**Nachbefragung**

Stand: 21.09.2017

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!

### Noch einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- 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:

	gar nicht	kaum	mäßig	stark
<b><u>Richtig:</u></b> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Falsch!:</u></b> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen sollen Sie angeben, wie **wichtig** einzelne Aspekte Ihrer Gesundheit für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind. Außerdem geht es darum, wie **zufrieden** Sie mit Ihrer Gesundheit sind.

1.	Wie <b>wichtig</b> ist / sind für Sie ...	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1.1	Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Energie / Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Fortbewegungsfähigkeit (z. B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Angstfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Beschwerde- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit Ihrer / Ihrem...	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
2.1	Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Energie / Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Fortbewegungsfähigkeit (z. B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Ausmaß von Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit Ihrer / Ihrem...	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
2.8	Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den folgenden Aussagen geht es darum, wie man sich in unangenehmen, belastenden oder schwierigen Situationen verhalten kann. Beurteilen Sie bei jeder Aussage bitte, inwiefern diese auf Ihr Denken und Verhalten zutrifft.**

3.		überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr
3.1	Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Ich habe mir viele Gedanken gemacht, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den folgenden Aussagen geht es um die Unterstützung durch andere Menschen. Bitte geben Sie bei jeder der Aussagen an, inwieweit Sie ihr zustimmen oder nicht.**

4.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
4.1	Wenn es kritisch wird, hole ich mir gern Rat von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit anderen, damit sie mich aufmuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den folgenden Aussagen geht es um die Unterstützung durch andere Menschen.  
Bitte geben Sie bei jeder der Aussagen an, inwieweit Sie ihr zustimmen oder nicht.**

4.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
4.3	Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Wenn ich nicht weiter weiß, frage ich andere, was sie an meiner Stelle tun würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.**

5.		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
5.1	Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
6.1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den folgenden Fragen geht es um verschiedene Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.**

7.	Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer Haus- bzw. Familienarbeit?	gar nicht	wenig	stark
7.1	Lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Gestörte Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Ständige Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung / Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen geht es um verschiedene Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.

7.	Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer Haus- bzw. Familienarbeit?	gar nicht	wenig	stark
7.7	Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8	Starke Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9	Widersprüchliche Anforderungen, Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10	Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11	Hohe Verantwortung für Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12	Mehrfachbelastung durch Beruf, Kinder, Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.13	Mangelnde Anerkennung meiner Arbeitsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14	Wie viele Stunden verbringen Sie durchschnittlich in der Woche mit Familien-/ Hausarbeit?			(Anzahl in Stunden)

8.	Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft...	nie	manchmal	oft	immer
8.1	Ihr Kind / Ihre Kinder nicht versorgen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Ihren Haushalt nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark
8.3	Behindert Sie der Gesundheitszustand Ihres Kindes / Ihrer Kinder bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		gar nicht	kaum	mäßig	stark
8.4	Wie stark fühlen Sie sich durch (eine) Erkrankung(en) Ihres Kindes / Ihrer Kinder belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Beschwerden und Symptomen.

9.	Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?	gar nicht	kaum	mäßig	stark
9.1	Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?	gar nicht	kaum	mäßig	stark
----	---	-----------	------	-------	-------

9.3	Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
-----	--	----------------------	----------------------	----------------------

10.1	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.2	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.3	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.4	Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation ( <i>nur für Frauen!</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.5	Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.6	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.7	Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.8	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.9	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.10	Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.11	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.12	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10.13	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

11.		unmöglich	große Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	ohne Schwierigkeiten
-----	--	-----------	-----------------------	------------------------	-------------------------	----------------------

11.1	Körperlich schwere Arbeiten verrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11.2	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"/>
------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



**Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

11.		unmöglich	große Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	ohne Schwierigkeiten
11.3	Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Eine halbe Stunde körperlich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6	Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7	30 min lang ohne Unterbrechung stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8	Eine Treppe über drei Etagen hinauf gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.**

12		stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
12.1	Mir ist klargeworden, dass die Probleme der Kindererziehung leicht zu lösen sind, wenn man einmal verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	Ich erfülle meine persönlichen Erwartungen daran, wie ich mich um mein Kind kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.

12.		stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
12.5	Wenn irgendjemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter / Vater bin, fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter / ein guter Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie mit Ihrer Einrichtung und der dort erhaltenen Behandlung zufrieden waren.

13.		schlecht	weniger gut	gut	ausge- zeichnet
13.1	Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, bezeichnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		eindeu- tig nicht	eigent- lich nicht	im allge- meinen ja	eindeu- tig ja
13.2	Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		hat meinen Bedürf- nissen nicht entspro- chen	hat nur wenigen Bedürf- nissen entspro- chen	hat den meisten Bedürf- nissen entspro- chen	hat fast allen Bedürf- nissen entspro- chen
13.3	In welchem Maße hat die Einrichtung Ihren Bedürfnissen entsprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		eindeu- tig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeu- tig ja
13.4	Würden Sie einem Freund / einer Freundin die Einrichtung empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie mit Ihrer Einrichtung und der dort erhaltenen Behandlung zufrieden waren.**

		ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
13.5	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	nein, sie half eigentlich nicht	ja, sie half etwas	ja, sie half eine ganze Menge
13.6	Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
13.7	Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
13.8	Würden Sie wieder in die Einrichtung kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	In der Einrichtung wurde sehr viel Wert darauf gelegt,	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
14.1	... dass die PatientInnen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Einstellungen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	... dass die PatientInnen lernen, mit ihren körperlichen Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3	... dass die PatientInnen sich mit den spezifischen Belastungen als Frau und Mutter/Mann und Vater auseinandersetzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	In der Einrichtung wurde sehr viel Wert darauf gelegt,	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
14.4	... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinander zu setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5	... dass die PatientInnen sich auch erholen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6	... sich mit den Beschwerden und dem Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele auseinander zu setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.		ja	nein
15.1	War der Empfang in der Einrichtung für Sie eher stressfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	War das ärztliche Aufnahmegespräch für Sie insgesamt eine positive Erfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	War die Organisation der Behandlungen insgesamt gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	War das Klima in der Einrichtung insgesamt gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5	Kam es für Sie insgesamt zu einem guten Abschluss des Aufenthalts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6	War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>