

QS-Reha-Verfahren Geriatrie

# Patientenbefragung

zur Reha-Maßnahme (stationär und ambulant)

Rehabilitations-Beginn

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



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

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

Um die Qualität Ihrer Behandlung einschätzen zu können, interessieren wir uns dafür, wie gut Sie bestimmte Tätigkeiten heute zu Beginn der Reha ausüben können. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Nach der Reha werden wir Sie erneut dazu befragen.

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

**Ausfüllhinweis**

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



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





## 1.1 Schmerzen

a. Nehmen Sie Schmerzmittel ein?  nein  ja

b. Wie stark sind Ihre Schmerzen in Ruhe?

Ich habe 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 Schmerzen bei Belastung?

Ich habe 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 Schmerzen bei Bewegung?

Ich habe 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:

Können Sie 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 haben Sie Stuhlgang?

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

b. Verwenden Sie dafür Medikamente?

- nein
- ja

c. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhlgangs?

- überwiegend fest
- überwiegend breiig
- überwiegend flüssig

d. Verwenden Sie dafür Medikamente?

- nein
- ja

e. Können Sie den Stuhl halten (Kontinenz)?

- nie
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

f. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

- nie
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

## 1.4 Entleerung der Blase

a. Haben Sie einen Harnblasenkatheter?

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

b. Wie häufig verlieren Sie am Tag ungewollt Urin?

- nie       selten       gelegentlich       oft       immer

c. Wie häufig scheiden Sie am Tag kontrolliert Urin aus?

- nie       selten       gelegentlich       oft       immer

d. Wie häufig verlieren Sie in der Nacht ungewollt Urin?

- nie       selten       gelegentlich       oft       immer

e. Wie häufig scheiden Sie in der Nacht kontrolliert Urin aus?

- nie       selten       gelegentlich       oft       immer



## 2.1 Lesen

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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"/>

Wüssten Sie, was zu tun ist, ...	gar nicht	kaum	mittel-mäßig	gut
a. wenn Sie Besuch zum Kaffeetrinken bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. wenn Ihr Fernseher nicht mehr richtig funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. wenn Sie Geschenke kaufen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. wenn Sie zu Hause stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







## 2.3 Aufmerksamkeit

Können Sie ...	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 Gedanken gut zusammenhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. sich konzentrieren, wenn um Sie 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 können Sie sprechen?

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

#### b. Wie ist Ihre Aussprache?

- klar und deutlich
- mittelmäßig, andere haben Mühe mich zu verstehen
- undeutlich / verwaschen, ich werde kaum verstanden

#### c. Wie laut können Sie sprechen?

- normal laut
- nur leise
- ich kann nur flüstern

#### d. Wie flüssig können Sie sprechen?

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

#### e. Können Sie mit Betonung sprechen?

- angemessen betont
- wenig betont
- monoton

#### f. Geraten Sie beim Sprechen außer Atem?

- nie
- gelegentlich
- ich muss häufig zwischenatmen.

## 3.2 Sprache

a. Haben Sie Wortfindungsstörungen?

keine

leichte

starke

b. Wie gut oder schlecht können Sie Gegenstände und Situationen benennen?

kaum

mittelmäßig

gut

c. Können Sie das, was andere zu Ihnen sagen, inhaltlich verstehen?

kaum

mittelmäßig

gut

d. Verwenden Sie 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. Vertauschen Sie beim Sprechen die Laute in den Wörtern? (z. B. "Bagel" statt "Gabel")

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

f. Können Sie korrekte Sätze bilden?

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

g. Wie häufig verwenden Sie Floskeln und Redewendungen?

nie

selten

gelegentlich

oft

immer



### 3.3 Kommunikation

Können Sie ...	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. antworten, wenn Sie von jemandem angesprochen werden?	<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 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

Können Sie mit dem Telefon telefonieren?

gar nicht

kaum

mittelmäßig

gut



## 4.1 Körperposition wechseln

Können Sie (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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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

Können <u>Sie 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

Können Sie (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. Können Sie ...

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

	betrifft mich 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, Walkingstöcken 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. Können Sie ...

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

	betrifft mich 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, Walkingstöcken 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. Können Sie ...

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

	betrifft mich 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. Können Sie ...

sieben Stufen auf- und abwärts steigen,  
und zwar

	betrifft mich 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. Können Sie ...

eine Etage auf- und abwärts steigen  
und zwar

	betrifft mich 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. Können Sie ...

zwei oder mehr Etagen auf- und abwärts steigen  
und zwar

	betrifft mich 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. Können Sie ...

im Außenbereich 15 Minuten am Stück gehen,  
und zwar

	betrifft mich 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, Walkingstöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator?	<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. Können Sie ...

im Außenbereich 30 Minuten am Stück gehen,  
und zwar

	betrifft mich 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, Walkingstöcken 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. Können Sie ...

im Außenbereich eine Stunde am Stück gehen,  
und zwar

	betrifft mich 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, Walkingstöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator?	<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. Können Sie ...

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

	betrifft mich 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, Walkingstöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator?	<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

Können Sie ...	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

Können Sie 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"/>

Können Sie 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. ... Beine und Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## 5.2 Körperpflege

Können Sie sich ...	betrifft mich nicht	nur mit Hilfsperson	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

Können Sie ...	betrifft mich nicht	nur mit Hilfsperson	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 Toilettensstuhl 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"/>	<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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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 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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	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

Können Sie ...	betrifft mich nicht	nur mit Hilfsperson	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

Können Sie ...	betrifft mich nicht	gar nicht	kaum	mittel- mäßig	gut
a. mit Ihren 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

Können Sie ...	gar nicht	nur mit Hilfs- person	allein kaum	allein mittel- mäßig	allein gut
a. die Preise der Dinge, die Sie täglich benötigen, nennen (z. B. für Brötchen, Zeitschrift, Kaffee)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ihre 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

Können Sie (ggf. mit Hilfsmittel) ...	gar nicht	nur mit Hilfs-person	allein kaum	allein mittel-mäßig	allein gut
a. Ihre 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 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"/>



Noch einige Fragen zu den Zielen,  
die in der Reha verfolgt werden

Zu Beginn der Reha wurde mit Ihnen zusammen  
folgende(s) Reha-Ziel(e) vereinbart:

1. Ist das (sind die) Reha-Ziel(e) korrekt wiedergegeben?  nein  teils,  
teils  ja

2. Wie wichtig ist Ihnen das/die oben genannte(n) Reha-Ziel(e)?

sehr

ziemlich

mittelmäßig

kaum

gar nicht

3. Gibt es noch andere Ziele, die Sie mit der  
Reha erreichen wollten?  nein  ja

Wenn ja, welche(s)?

---

---

Abschließend Fragen zum  
Ausfüllen des Fragebogens

4. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

alleine, ohne jede Unterstützung

mit Unterstützung von

einem Angehörigen

Pflegedienst

jemand anderem, nämlich: \_\_\_\_\_

5. Wie fanden Sie den Fragebogen? (mehrfache Antworten sind möglich)

inhaltlich angemessen

anregend, aufschlussreich

zu lang

schwer verständlich

6. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des  
Fragebogens gebraucht?  
(abzügl. von ggf. gemachten Unterbrechungen)

etwa    Minuten

7. Was möchten Sie uns zum Fragebogen, zu Ihrer Reha-Maßnahme oder sonst noch mitteilen?

---

---

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

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