

QS-Reha-Verfahren Geriatrie

Patientenbefragung

zur stationär Reha-Maßnahme

Nachbefragung

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

da wir ständig bemüht sind, die Behandlung unserer Patienten weiter zu verbessern, interessieren wir uns dafür, **welche Erfahrungen Sie bei Ihrer Reha-Maßnahme gemacht haben.**

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, indem Sie alle Fragen beantworten.

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

Antwortmöglichkeiten

Bei allen Fragen gibt es immer ein Antwort-Kästchen für „**ja**“ und „**nein**“.

Beispiel: 1. Von meinem Zimmer aus hatte ich einen schönen Ausblick. nein ja

Auf einige Fragen können Sie zusätzlich noch mit „**teils, teils**“ antworten, nämlich dann, wenn Ihre Antwort zwischen ja und nein liegen könnte.

Beispiel: 2. Das Mittagessen stand täglich pünktlich um 12:00 Uhr auf dem Tisch. nein teils, teils ja

Bei bestimmten Fragen können Sie auch „**betrifft mich nicht**“ ankreuzen, wenn die Frage Sie eben nicht betrifft.

Beispiel: 3. Ich konnte meinen privaten PKW auf dem Klinikgelände parken. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht

Ausfüllhinweis

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

Richtig:	4. Ich konnte schlecht schlafen.	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falsch!:	4. Ich konnte schlecht schlafen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falsch!:	4. Ich konnte schlecht schlafen.	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Zu Beginn der Reha

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Mir wurde gezeigt, wer auf der Station für mich zuständig ist. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Das Klinikpersonal hat mir gesagt, ich soll möglichst viel selbst machen (mit Ausnahme der Dinge, die aus medizinischen Gründen verboten waren). | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Ich wurde darüber informiert, wie ich Stürze vermeiden kann. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Das Klinikpersonal hat mich ermutigt Fragen zu stellen. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Ich wurde gefragt, was ich in der Reha mit der Behandlung erreichen will. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Mir wurde mitgeteilt, dass bei der Reha-Maßnahme meine Mitarbeit erforderlich ist. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 7. Meine häusliche und familiäre Situation wurde erfragt. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Besprochene Inhalte

8. Der Arzt / die Ärztin hat die Untersuchungsergebnisse mit mir besprochen. nein ja
9. Der Arzt / die Ärztin klärte mich über Medikamentenänderungen auf. nein ja
 betraf mich nicht
10. Der Umgang mit den verordneten Hilfsmitteln wurde mir erläutert und mit mir geübt. nein ja
 betraf mich nicht
11. Meine Behandlungs-Fortschritte wurden mit mir besprochen. nein ja
12. Die Ziele der Reha-Maßnahme wurden gemeinsam mit mir festgelegt. nein ja
13. Mir wurde gezeigt, wie ich mit meinen Einschränkungen im täglichen Leben besser zurechtkommen kann. nein ja
14. Ich wurde informiert, auf welche Sach- und Dienstleistungen ich nach der Reha ggf. Anspruch habe (z. B. Badumbau, Pflegedienst). nein ja
15. Ich habe Anleitungen für Zuhause erhalten (z. B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen). nein ja
16. Mit mir wurde rechtzeitig besprochen, wie es nach der Reha weiter geht. nein ja
17. Der Arzt / die Ärztin hat mich informiert, welche Weiterbehandlung nach der Entlassung erforderlich ist. nein ja
18. Geplante Therapien sind ausgefallen. nein ja
19. Über Änderungen im Therapieplan wurde ich informiert. nein teils,teils ja
 es gab keine Änderungen

Betreuung durch das Klinikpersonal

20. Das Klinikpersonal ist freundlich mit mir umgegangen. nein teils, teils ja
21. Das Klinikpersonal ist respektvoll mit mir umgegangen. nein teils, teils ja
22. Ich hatte Vertrauen in das Klinikpersonal. nein teils, teils ja
23. Ich fühlte mich vom Klinikpersonal ernst genommen. nein teils, teils ja
24. Das Pflegepersonal war bei Bedarf schnell zur Stelle. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht
25. Das Klinikpersonal war zuverlässig. nein teils, teils ja
26. Das Klinikpersonal hat für mich Zeit gehabt. nein teils, teils ja
27. Ich konnte meine Sorgen und Ängste äußern. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht
28. Das Klinikpersonal ist auf meine Bitten, Fragen, Wünsche und Sorgen eingegangen. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht
29. Das Klinikpersonal hat meine Intimsphäre soweit möglich geachtet (z. B. beim Waschen). nein teils, teils ja
30. Die Privatsphäre wurde in der Einrichtung und in meinem Zimmer gewahrt (z. B. beim Arztgespräch). nein teils, teils ja
31. Wichtige Gespräche mit dem Klinikpersonal fanden im vertraulichen Rahmen statt. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht

32. Mir wurden die therapeutischen Übungen verständlich erklärt. nein teils, teils ja

33. Ich habe die Erläuterungen des Klinikpersonals verstanden. nein teils, teils ja

34. Ich wurde vom Klinikpersonal motiviert, meine Reha-Ziele aktiv zu verfolgen. nein teils, teils ja

35. Die therapeutischen Übungen waren bzw. wurden auf mein Leistungsvermögen angepasst. nein teils, teils ja

36. Es wurden zu viele Therapien am Tag durchgeführt. nein teils, teils ja

37. Es wurden zu wenige Therapien am Tag durchgeführt. nein teils, teils ja

38. Die Therapietage waren zu anstrengend für mich. nein teils, teils ja

39. Es gab ausreichend lange Pausen zwischen den Therapien. nein teils, teils ja

40. Während meiner Reha hatte ich einen Notfall. nein ja
nein: bitte weiter mit Frage 42

41. Wenn ja:
War schnell ein Arzt / eine Ärztin da? nein ja



Die Einrichtung

42. Die Größe und Ausstattung meines Zimmers waren ausreichend. nein teils, teils ja
43. Die Räume und sanitären Anlagen waren sauber. nein teils,teils ja
 weiß nicht
44. Ich war mit dem Essen zufrieden. nein teils, teils ja
45. Ich konnte mich in der Einrichtung gut zurechtfinden. nein teils, teils ja
46. Das Dienstleistungsangebot (z. B. Friseur, Fußpflege, Kiosk, Cafeteria, Bibliothek) war gut. nein teils,teils ja
 betraf mich nicht

Grund zur Beschwerde?

47. Hätten Sie Grund gehabt sich zu beschweren? nein ja
bei "nein":
bitte weiter mit Frage 50
48. Wenn ja:
Haben Sie sich beschwert? nein ja
bei "nein":
bitte weiter mit Frage 50
49. Wenn ja:
Sind Sie zufrieden, wie mit Ihrer Beschwerde umgegangen wurde? nein teils, teils ja





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, Toilettensstuhl) 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"/>



Insgesamt gesehen

50. Ich würde mich in dieser Reha-Einrichtung wieder behandeln lassen. nein ja
51. Ich würde die Reha-Einrichtung meinen Freunden und Verwandten weiter empfehlen. nein teils, teils ja
52. Ich war mit der Betreuung durch das Klinikpersonal zufrieden. nein teils, teils ja
53. Ich war mit der Sozialberatung zufrieden. nein teils, teils ja
54. Der Übergang von der Reha nach Hause bzw. in die jetzige Einrichtung war reibungslos. nein teils,teils ja
55. Ich habe von der Reha profitiert. nein teils, teils ja
56. Ich kann das, was ich in der Reha gelernt habe, im täglichen Leben anwenden. nein teils, teils ja
57. Ich habe meine persönlichen Ziele in der Reha erreicht. nein teils, teils ja

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

60. Haben Sie diese(s) Ziel(e) erreicht?

gar nicht kaum teils, teils ziemlich völlig

61. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

überhaupt nicht zufrieden 0 1 2 3 4 5 6 völlig zufrieden

Noch einige Fragen zur Zeit
nach der Reha-Maßnahme

62. Sind bei Ihnen seit der Reha-Maßnahme neue
medizinische Probleme aufgetreten?

nein

ja

Wenn ja, welche?

63. Hatten Sie seit der Reha-Maßnahme einen
Krankenhausaufenthalt von mehr als zwei Tagen?

nein

ja

64. Sind seit der Reha-Maßnahme schwerwiegende
nicht-medizinische Ereignisse in Ihrem nahen Umfeld
eingetreten (z. B. Umzug, Trauerfall)?

nein

ja

Wenn ja, welche?

65. Haben Sie seit der Reha-Maßnahme Sachleistungen
oder Dienstleistungen in Anspruch genommen
(z. B. Badumbau, Pflegedienst)?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Abschließend Fragen zum
Ausfüllen des Fragebogens

66. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

alleine, ohne jede Unterstützung

mit Unterstützung von

einem Angehörigen

Pflegedienst

jemand anderem, nämlich: _____

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

inhaltlich angemessen

anregend, aufschlussreich

zu lang

schwer verständlich

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

etwa Minuten

69. 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.**