

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen

Neurologie

Fragebogen

Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Beginn der Rehabilitation



Version: Indikatoren des Reha-Status Kurzversion (IRES-24)
Stand: 21.09.2017 QS-REHA 3.0

www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet

B

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden. Die Beantwortung dieser Fragen soll Erkenntnisse dazu bringen, ob die Maßnahme erfolgreich war.

In dem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Manche der Fragen mögen Ihnen vielleicht nicht zutreffend erscheinen; dennoch möchten wir Sie bitten, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wie wird's gemacht?

- 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:

Richtig: ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Richtig: ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch! ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch! ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falsch! ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

Falsch! ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

1. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

So gut wie nie Selten Manchmal Ziemlich oft Meistens Immer

2. Wie stark waren diese Schmerzen?

Ich hatte keine Schmerzen Sehr leicht Leicht Mäßig Stark Sehr stark

3. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt Wenig beeinträchtigt Etwas beeinträchtigt Ziemlich beeinträchtigt Stark beeinträchtigt Sehr stark beeinträchtigt

4. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ... (Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ... (Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Meistens	Ziemlich	Manchmal	Selten	Nie
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... völlig erschöpft zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lustloser als früher zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie eine Batterie zu sein, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, Folgendes zu tun:

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie stark leiden Sie unter folgenden Beeinträchtigungen?

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Sprechen (z.B. Aussprache Wortfindungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weinen (z.B. Sie weinen schneller als sonst / Wenn Sie etwas tun, weinen Sie leicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missempfindungen (z.B. Taubheit, Überempfindlichkeit, Kribbeln der Haut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

9. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

10. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag oder: An ca. Tagen

11. Ihre Staatsangehörigkeit?

Deutsch Andere

12. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte nur den höchsten Abschluss angeben)

- | | |
|---|--------------------------|
| Noch in der Schule | <input type="checkbox"/> |
| Kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (mittlere Reife) / Polytechnische Oberschule | <input type="checkbox"/> |
| Fachabitur / Abitur | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

13. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder (Fach-)Hochschulabschluss haben Sie? (Bitte nur den höchsten Abschluss angeben)

- | | |
|---|--------------------------|
| Ungelernt | <input type="checkbox"/> |
| Angelernt (beruflicher Teilabschluss) | <input type="checkbox"/> |
| Lehre oder anderer vergleichbarer Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| Meister | <input type="checkbox"/> |
| (Fach-)Hochschul-Abschluss | <input type="checkbox"/> |

14. Sind Sie erwerbstätig?

Ja

Nein

(Als erwerbstätig gilt auch, wer einer Nebentätigkeit nachgeht, zur Zeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

15. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Ich selbst

Medizinisches Personal
(z.B. Schwester, Pfleger, Arzt)

Ein Verwandter

Jemand anderes, nämlich: _____

16. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

Anregend,
aufschlussreich

Ziemlich
langweilig

Eher
lästig

Richtig
unangenehm

17. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Etwa Minuten

18. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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

Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührlen, Prof. Dr. W.H. Jäckel Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bergseestr. 61, D - 79713 Bad Säckingen