

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen

Neurologie

Fragebogen

Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Nachbefragung

QS : Reha®

 Qualitätssicherung
medizinische Rehabilitation

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

www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet

N

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 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?

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

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

	Meistens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie
Richtig:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 oft	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?

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

	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"/>

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

9. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 4 Wochen so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag

oder: An ca. Tagen

10. Sind Sie erwerbstätig?

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

Ja

Nein

11. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Ich selbst

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

Ein Verwandter

Jemand anderes, nämlich: _____

12. In welchem Bundesland wohnen Sie?

Baden-Württemberg

Hessen

Sachsen

Bayern

Mecklenburg-Vorpommern

Sachsen-Anhalt

Berlin

Niedersachsen

Schleswig-Holstein

Brandenburg

Nordrhein-Westfalen

Thüringen

Bremen

Rheinland-Pfalz

Hamburg

Saarland

Wir möchten Sie nun abschließend bitten, anhand der folgenden Fragen zu beurteilen, wie zufrieden Sie rückblickend mit Ihrem Aufenthalt in der Reha-Klinik waren.

13. Klinik

Wie beurteilen Sie ...	Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
... alles in allem betrachtet die Unterbringung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Essen / die Ernährung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Organisation der Abläufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern / Pfleger)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt nahm sich zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Psychologische Betreuung

Von Entspannungstherapien abgesehen – sind Sie von einer Psychologin / einem Psychologen betreut worden?

Nein →

Bitte weiter mit Frage 17!

Ja

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich erhielt zu wenig psychologische Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin / der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhielt die für mich richtige psychologische Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Freizeitmöglichkeiten

Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten ...

Sehr schlecht Schlecht Weder schlecht noch gut Gut Sehr gut

... innerhalb des Hauses (z.B. Spiele, Sport, Geselligkeit)? **Ich beurteile sie als...**

... außerhalb des Hauses (z.B. Ausflüge, Spaziergänge, Veranstaltungen)?

Ich beurteile sie als...

18. Schulungen, Vorträge und Beratungen

An welchen der folgenden Schulungen, Vorträge und Beratungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. an einer Lehrküche teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**ja**“ an. Waren die Schulungen **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „**Urteil**“ das ganz **linke Kästchen** an; waren die Schulungen **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. an keiner Lehrküche teilgenommen, kreuzen Sie unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**nein**“ an.)

Teilgenommen?

Falls Ja: Urteil

Sehr schlecht Sehr gut

Gesundheitsprogramm (z.B. Vorträge)

Nein Ja →

Lehrküche

Nein Ja →

Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)

Nein Ja →

Sozial- und Berufsberatung

Nein Ja →

19. Behandlungen

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**ja**“ an. War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „**Urteil**“ das ganz **linke Kästchen** an; war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das **ganz rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. keine Massagen erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**nein**“ an).

	Teilgenommen?			Falls Ja: Urteil				
	Nein	Ja	→	Sehr schlecht				Sehr gut
Krankengymnastik / Physiotherapie einzeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik / Physiotherapie in der Gruppe	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditionstraining)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Anwendungen (z.B. UV-Therapie, Bestrahlung, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlungen (z.B. Chirotherapie, Injektionen, Verbände)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstherapie / Belastungserprobung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Ereignisse während der Rehabilitation

20.1 Hat Ihr Arzt oder Therapeut Ihnen erklärt, wofür die einzelnen Therapien gut waren?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, alle Therapien wurden erklärt. | <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte. |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber nur einige Therapien wurden erklärt. | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte keine Erklärung. |

20.2 Hat Ihr behandelnder Arzt oder Therapeut zu Beginn der Behandlung Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ausführlich | <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte. |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber eher oberflächlich | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht |

20.3 Hat Ihr Arzt gefragt, welche Erwartungen Sie an die Rehabilitation hatten?

- Ja Nein

20.4 Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?

- Ja Nein

20.5 Haben Sie alles verstanden, was der Arzt Ihnen erklärt hat?

- Ja, immer Nein
 Ja, meistens Mein Arzt hat mir nichts erklärt, obwohl ich mir das gewünscht hätte.
 Ja, manchmal Ich wollte / brauchte keine Erklärungen.

20.6 Wie häufig kam es vor, dass bei einer bestimmten Einzeltherapie (z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie) Ihr jeweiliger Therapeut wechselte?

- Ich hatte immer andere Therapeuten. Ich hatte immer die gleichen Therapeuten.
 Ich hatte meistens andere Therapeuten. Ich hatte keine Einzeltherapie.
 Ich hatte manchmal andere Therapeuten.

20.7 Haben Sie alles verstanden, was Ihr jeweiliger Therapeut Ihnen bezüglich Ihrer Behandlung erklärt hat?

- Ja, immer Nein
 Ja, meistens Mir wurde nichts erklärt.
 Ja, manchmal Ich wollte das gar nicht so genau wissen.

20.8 Wenn Sie Fragen an die Pflegekräfte hatten, konnten Sie jemanden erreichen, der Ihnen geantwortet hat?

- Ja, immer Nein
 Ja, meistens Ich hatte keine Fragen.
 Ja, manchmal

20.9 Kam es manchmal zu zeitlichen Überschneidungen zwischen einzelnen Therapien, Untersuchungen, Visiten oder Vorträgen?

- Ja, immer Ja, meistens Ja, manchmal Nein

20.10 Hat Ihr Arzt ein Abschlussgespräch mit Ihnen geführt?

- Ja Nein

20.11 Wissen Sie, was Sie nach der Rehabilitation aufgrund Ihrer Erkrankung tun dürfen und was Sie nicht tun dürfen?

- Ja, vollkommen Ja, einigermaßen Nein

20.12 Haben Sie Therapieanleitungen für Zuhause (z.B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen) erhalten?

- Ja Nein, ich wollte / brauchte das nicht
 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

20.13 Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?

- Ja Nein, ich wollte / brauchte keine Informationen darüber.
 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.

21. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?

Wenn Sie diese als sehr schlecht einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als ausgezeichnet einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

Sehr schlecht Ausgezeichnet
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunschrichtung?

- Ja Nein

23. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

- Anregend, aufschlussreich Ziemlich langweilig Eher lästig Richtig unangenehm

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

Etwa Minuten

25. 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.