

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen für alle somatische Indikationen (**Beginn**)  
Fragebogen – Gesundheit in Beruf und Alltagsleben



**001 P0**

Version: Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)  
Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

**Support-ID**

**1100**

Gastroenterologie / Nephrologie  
/Stoffwechselerkrankung

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 diesem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Wir möchten Sie deshalb 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 kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

Bitte Felder sauber und  
kräftig markieren!

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen  
und gewünschtes Feld ankreuzen.



richtig



falsch



## Ihre Gesundheit

### 1. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

| Sehr stark               | Stark                    | Ziemlich                 | Etwas                    | Wenig                    | Gar nicht                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

| Sehr viel                | Viel                     | Einiges                  | Etwas                    | Wenig                    | Nichts                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

| Sehr gut                 | Gut                      | Zufriedenstellend        | Weniger gut              | Schlecht                 | Sehr schlecht            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

---

---

---



**5. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden.**

**Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren. Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|                   | Stark                    | Ziemlich                 | Mäßig                    | Ein wenig                | Gar nicht                |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rauchen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falsche Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsmangel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stress und Hektik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkoholkonsum     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       | Stark erhöht             | Ziemlich erhöht          | Mäßig erhöht             | Ein wenig erhöht         | Gar nicht erhöht         | Weiß nicht               |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cholesterin           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutzucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruck             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| So gut wie nie           | Selten                   | Manchmal                 | Ziemlich oft             | Meistens                 | Immer                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓                        | ↓                        | ↓                        | ↓                        | ↓                        | ↓                        |

**Weiter mit Frage 11!**

**Weiter mit der nächsten Frage.**

Frage 7 bis Frage 10 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

**7. Wo hatten Sie diese Schmerzen?**

---



---



---



---

**8. Wie stark waren diese Schmerzen?**

| Ich hatte keine Schmerzen | Sehr leicht              | Leicht                   | Mäßig                    | Stark                    | Sehr stark               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**9. 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 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

**10. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?**

An  Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von **allen** beantwortet werden.

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

| Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...                         | Stark                    | Ziemlich                 | Mäßig                    | Ein Wenig                | Gar nicht                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... 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"/> |

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

| Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...                    | 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"/> |
| ... bei längerem Gehen ( <i>ca. eine halbe Stunde lang</i> ). | <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"/> |



**13. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|   | Meistens                 | Ziemlich oft             | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Familie, Freunde und Bekannte

**14. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Zählen Sie dabei bitte auch die Kinder mit.**

Insgesamt  Person(en)

Davon  Person(en) unter 18 Jahren

**15. Wie ist Ihr Familienstand?**

Ledig

Verheiratet

Geschieden /  
Getrennt lebend

Verwitwet

Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

Nein

Ja

**16. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen.**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|   | Trifft<br>voll zu        | Trifft<br>weitgehend<br>zu | Trifft<br>ziemlich zu    | Trifft<br>kaum zu        | Trifft gar<br>nicht zu   |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**17. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|  | Stark                    | Ziemlich                 | Mäßig                    | Ein wenig                | Gar nicht                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahestehen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Alltägliche Sorgen und Probleme

### 18. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz.

|   | Meistens                 | Ziemlich oft             | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 schwerfällt, mich zu beruhigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 19. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:

Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?

| Sehr stark               | Stark                    | Ziemlich                 | Etwas                    | Wenig                    | Gar nicht                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 20. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz.

|   | Meistens                 | Ziemlich oft             | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... völlig erschöpft?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... lustloser als früher?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unruhig und abgelenkt?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 21. 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"/> |
| ... ohne Schwung zu sein?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





**22. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|  | Trifft voll zu           | Trifft weitgehend zu     | Trifft ziemlich zu       | Trifft kaum zu           | Trifft gar nicht zu      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**23. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|  | Meistens                 | Ziemlich oft             | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

| Wie zufrieden waren Sie ...                                 |  Völlig unzufrieden |                          |                          |                          |                          |                          |  Völlig zufrieden |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ... mit Ihrer Wohnsituation?                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mit Ihrer finanziellen Lage?                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mit Ihrer Freizeit?                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mit Ihrer Gesundheit?                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mit Ihrer familiären Situation?                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen ...

|   |  Völlig unzufrieden |                          |                          |                          |                          |                          |  Völlig zufrieden |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |



## Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf Ihre momentane Situation. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist. Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor.

**25. 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<br>(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"/> |
| Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen<br>(z.B. Mineralwasserkasten)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eine halbe Stunde körperlich arbeiten<br>(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<br>(z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?**

| Sehr gut                 | Gut                      | Zufriedenstellend        | Weniger gut              | Schlecht                 | Sehr schlecht            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**27. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|  | Unmöglich                | Große Schwierigkeiten    | Mäßige Schwierigkeiten              | Geringe Schwierigkeiten             | Ohne Schwierigkeiten     |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Eine Tageswanderung machen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen<br>(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"/> |
| Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

**28. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen.**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

|   | Trifft voll zu           | Trifft weitgehend zu                | Trifft ziemlich zu       | Trifft kaum zu           | Trifft gar nicht zu      |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurechtkommen. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.**

| Stimmt voll und ganz     | Stimmt weitgehend        | Stimmt ziemlich          | Stimmt etwas             | Stimmt kaum              | Stimmt überhaupt nicht   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**30. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.**

| Stimmt voll und ganz     | Stimmt weitgehend        | Stimmt ziemlich          | Stimmt etwas             | Stimmt kaum              | Stimmt überhaupt nicht   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?**

*(z. B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä.)*

| Nie                      | Ein einziges Mal         | Ein paar Mal, aber unregelmäßig | Einmal in jedem Monat    | In jedem Monat mehrmals  | Einmal pro Woche oder öfter |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |



## Angaben zur Person

### 32. Ihre Staatsangehörigkeit?

Deutsch  Andere

### 33. Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren insgesamt arbeitslos gemeldet?

Nie  Bis zu 6 Monate  6 – 12 Monate  Länger als 12 Monate

### 34. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein  Beantragt  Ja → Mit welchem Behinderungsgrad? Bitte hier die Zahl eintragen:

### 35. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

*Bitte nur den höchsten Abschluss angeben.*

- Noch in der Schule  
 Kein Schulabschluss  
 Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss  
 Realschulabschluss (mittlere Reife) / Polytechnische Oberschule  
 Fachabitur / Abitur  
 Sonstiges

### 36. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder (Fach-)Hochschulabschluss haben Sie?

*Bitte nur den höchsten Abschluss angeben.*

- Ungelernt  
 Angelernt (beruflicher Teilabschluss)  
 Lehre oder anderer vergleichbarer Abschluss  
 Meister  
 (Fach-)Hochschul-Abschluss

### 37. Sind Sie erwerbstätig?

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

Nein  Ja



## Und nun noch einige letzte Fragen

### 38. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.

Bitte in jede Zeile nur ein Kreuz.

| Ich erwarte / ich hoffe, dass ...  | Sehr wichtig             | Ziemlich wichtig         | Mäßig wichtig            | Wenig wichtig            | Gar nicht wichtig        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ich Abstand vom Alltag gewinne.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bestätigt wird, dass meine Leistungsfähigkeit vermindert ist.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... man mir eine genaue Diagnose mitteilt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... man mich darüber berät, wie ich personelle oder finanzielle Unterstützung erhalten kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 39. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?

Das Nettoeinkommen ist die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben. Diese Angabe ist für statistische Zwecke sehr hilfreich.

Bitte nur eine Angabe.

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bis unter 500 €         | <input type="checkbox"/> 500 bis unter 1.000 €   |
| <input type="checkbox"/> 1.000 bis unter 1.500 € | <input type="checkbox"/> 1.500 bis unter 2.000 € |
| <input type="checkbox"/> 2.000 bis unter 2.500 € | <input type="checkbox"/> 2.500 bis unter 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 3.000 bis unter 3.500 € | <input type="checkbox"/> 3.500 € und mehr        |

### 40. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anregend, aufschlussreich | <input type="checkbox"/> Ziemlich langweilig |
| <input type="checkbox"/> Eher lästig               | <input type="checkbox"/> Richtig unangenehm  |

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

Etwa    Minuten



**42. 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.

MUSTER

