

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen für alle somatische Indikationen (**Nachbefragung**)
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

1200 Kardiologie

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 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!

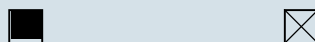
Wie kreuze ich richtig an?

- 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. 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"/>



5. 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 10!	Weiter mit der nächsten Frage. Frage 6 bis Frage 9 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!				

6. Wo hatten Sie diese Schmerzen?

7. 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"/>

8. 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"/>

9. 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.



10. 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"/>

11. 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"/>

12. 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

13. 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"/>

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

Bitte in jede Zeile ein Kreuz.

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar 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"/>



Alltägliche Sorgen und Probleme

15. 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 abgespannt?	<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"/>

16. 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"/>

17. 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"/>

18. 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"/>



19. 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"/>



20. 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"/>

21. 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.

22. 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"/>
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 (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"/>

23. 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 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"/>
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



24. 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 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"/>

25. 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"/>

26. 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"/>

27. 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"/>

28. 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

29. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

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

30. Sind Sie erwerbstätig?

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

Nein Ja

31. In welchem Bundesland wohnen Sie?

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Hamburg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Thüringen



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

32. 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"/>

33. 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"/>

34. 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"/>



35. Psychologische Betreuung: Von Entspannungstherapien abgesehen – sind Sie von einer Psychologin / einem Psychologen betreut worden?

Nein → Bitte weiter mit Frage 36

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"/>

36. 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 ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... außerhalb des Hauses (z. B. Ausflüge, Spaziergänge, Veranstaltungen)? Ich beurteile sie als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



37. 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)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrküche	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial- und Berufsberatung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. 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 die Behandlung sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; war die 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				
			Sehr schlecht				Sehr gut
Krankengymnastik / Physiotherapie einzeln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik / Physiotherapie in der Gruppe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditionstraining)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<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)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlungen (z.B. Chirotherapie, Injektionen, Verbände)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstherapie / Belastungserprobung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



39. Ereignisse während der Rehabilitation

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

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

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

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

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

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|--|

Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Haben Sie alles verstanden was der Arzt Ihnen erklärt hat?

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, immer | <input type="checkbox"/> Ja, meistens | <input type="checkbox"/> Ja, manchmal |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Mein Arzt hat mir nicht erklärt, obwohl ich mir das gewünscht hätte | <input type="checkbox"/> Ich wollte / brauchte keine Erklärung |

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ich hatte immer andere Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ich hatte meistens andere Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ich hatte manchmal andere Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte immer die gleichen Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Einzeltherapie | |

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

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, immer | <input type="checkbox"/> Ja, meistens | <input type="checkbox"/> Ja, manchmal |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Mir wurde nichts erklärt | <input type="checkbox"/> Ich wollte das gar nicht so genau wissen |



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

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

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

- Ja, immer Ja, meistens
 Ja, manchmal Nein

Hat Ihr Arzt ein Abschlussgespräch mit Ihnen geführt?

- Nein Ja

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

- Ja, vollkommen Ja, einigermaßen
 Nein

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

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

Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?

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

40. 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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ausgezeichnet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

41. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?

- Nein Ja



42. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

Anregend, aufschlussreich

Ziemlich langweilig

Eher lästig

Richtig unangenehm

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

Etwa Minuten

44. 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.

