

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen für alle somatischen Indikationen ambulant (**Nachbefragung**)
Fragebogen – Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

N

001 PO

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

Support-ID

1250 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!

richtig
 falsch

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen
und gewünschtes Feld ankreuzen.



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 <u>letzten 4 Wochen</u> 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.

Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung

32. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Bei meiner Aufnahme in der Einrichtung wurde ich ausreichend darüber informiert, ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... wie ich meine Behandlungsräume finden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich meinen Therapieplan erhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich von Terminverschiebungen erfahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo ich mich in Therapiepausen aufhalten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo sich die sanitären Einrichtungen befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wo ich persönliche Gegenstände aufbewahren kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wann – gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme – fand die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vor der Aufnahme | <input type="checkbox"/> Am 1. Tag |
| <input type="checkbox"/> Am 2. Tag | <input type="checkbox"/> Am 3. Tag |
| <input type="checkbox"/> Erst nach dem 3. Tag | |

34. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Bei der Aufnahmeuntersuchung ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hat sich die Ärztin/der Arzt ausführlich Zeit für mich genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat die Ärztin/der Arzt mit mir den Verlauf der Behandlung besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mich die Ärztin/der Arzt nach eigenen Wünschen und Vorstellungen bezüglich der Behandlung gefragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Der Rehabilitationsverlauf – Kontakte zum Behandlungsteam

35. Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt ein Gespräch oder eine Visite mit Ärzten?

- weniger als 1-mal pro Woche 1-mal pro Woche
 2 – 3-mal pro Woche mehr als 3-mal pro Woche

36. Wurden mit Ihnen die Ziele der Rehabilitation besprochen?

- Nein → Bitte weiter mit Frage 38
 Ja → Bitte weiter mit Frage 37

37. Wann – gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme – wurden die Ziele Ihrer Rehabilitation mit Ihnen besprochen?

- Vor der Aufnahme Am 1. Tag
 Am 2. Tag Am 3. Tag
 Nach dem 3. Tag

38. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen über die Ziele Ihrer Rehabilitation zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Die Ärztin/der Arzt hat mit mir besprochen, wie ich die Erkrankung und damit verbundene Belastungen erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Bestimmung der Reha-Ziele wurden meine eigenen Vorstellungen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit den festgelegten Reha-Zielen war ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erreichung der Ziele wurde mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



39. 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
Der Umfang der ärztlichen Betreuung war genau richtig für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Ärzten 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 Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen wollte, konnte ich sie/ihn immer erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insgesamt fühle ich mich von den Ärzten...

Sehr gut betreut	Gut betreut	Zufriedenstellend betreut	Mäßig betreut	Schlecht betreut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Therapeutische Betreuung während der Rehabilitation
 (z.B. durch Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, etc.)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Von den Therapeuten 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 Therapeutin/der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlung war auf meine persönlichen Probleme zugeschnitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insgesamt fühle ich mich von den Therapeuten ...

Sehr gut betreut	Gut betreut	Zufriedenstellend betreut	Mäßig betreut	Schlecht betreut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



41. Psychologische Betreuung während der Rehabilitation. Haben Sie während der Rehabilitationsmaßnahme Gespräche mit einer Psychologin/einem Psychologen geführt?
 Bitte nur eine Antwort.

- Nein, ich habe keine Gespräche geführt und auch keinen Gesprächsbedarf gehabt. → Bitte weiter mit Frage 43
- Nein, ich habe keine Gespräche geführt, aber ich hätte Gesprächsbedarf gehabt. → Bitte weiter mit Frage 43
- Ja, ich habe ein oder mehrere Gespräche geführt. → Bitte weiter mit Frage 42

42. Wenn Sie psychologische Gespräche während der Rehabilitation erhalten haben, wie beurteilen Sie diese?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Der Umfang der psychologischen Betreuung war genau richtig für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Probleme zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Psychologen 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 Psychologin/der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit Psychologen sprechen wollte, konnte ich sie/ihn immer erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insgesamt fühle ich mich von den Psychologen...

Sehr gut betreut	Gut betreut	Zufriedenstellend betreut	Mäßig betreut	Schlecht betreut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Der Rehabilitationsverlauf – Organisation der Behandlung

43. Wann – gerechnet ab dem Tag Ihrer Aufnahme – begann die eigentliche Therapie/Behandlung in der Reha-Einrichtung

Am 1. Tag

Am 2. Tag

Am 3. Tag

Erst nach dem 3. Tag

44. Wie häufig kam es vor, dass ...

	War die Regel / Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
... sich Behandlungstermine überschritten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Behandlungstermine ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie über Änderungen im Therapieplan nicht informiert wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Behandlungstermine mit mehr als 10 Minuten Verspätung begannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie zulange Pausen zwischen zwei Behandlungsterminen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie zwischen den Behandlungsterminen zu wenig Ruhezeiten hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre behandelnde Ärztin/ihr behandelnder Arzt wechselte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die behandelnden Therapeuten wechselten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie von allen Mitarbeitern respektvoll und ganz persönlich behandelt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. 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 checked="" 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 checked="" 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"/>



47. Wie haben sich Therapeuten und Ärzte nach Ihrem Eindruck über Ihre Behandlung ausgetauscht?

Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Wurden folgende Personen in die Behandlung miteinbezogen oder hat die Einrichtung Kontakt zu Ihnen aufgenommen (auch telefonisch)?

	Nein, und es gab auch keinen Bedarf	Nein, obwohl Bedarf dazu bestanden hat	Ja
Partnerin/Partner, Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/-arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Ich habe in der Einrichtung alle für mich notwendigen Therapien erhalten

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



53. Wie weit war die Reha-Einrichtung von Ihrem Wohnort entfernt?

_____ Stunden _____ Minuten

54. Wie sind Sie in die Reha-Einrichtung gekommen?

mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Mit dem PKW → Gab es ausreichend Parkplätze?

Nein

Ja

Mit einem Fahrdienst der Reha-Einrichtung

Sonstiges: _____



Die Entlassung

55. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Das in der Reha Gelernte war für den Alltag geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde besprochen, wie ich das in der Reha Gelernte im Alltag umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die bei der Umsetzung des Gelernten im Alltag entstehen können, wurden besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich bin darüber informiert worden, an welchen weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten ich nach der Entlassung teilnehmen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen hierüber waren für mich ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten ausreichend unterstützt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Wie beurteilen Sie die Länge der Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?

Zu lang	Eher zu lang	Genau richtig	Eher zu kurz	Zu kurz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie haben Sie die Behandlung in der Reha-Einrichtung beendet?

- Planmäßig / regulär, incl. Verlängerung
- Vorzeitig auf Veranlassung der Einrichtung
- Vorzeitig auf eigenen Wunsch / Abbruch der Behandlung



Gesamtbeurteilung

59. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?

Sehr schlecht Ausgezeichnet

60. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunsch Einrichtung?

Nein Ja

61. Einer Freundin/einem Freund mit ähnlichen Gesundheitsproblemen würde ich diese Reha-Einrichtung empfehlen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Haben Sie noch weitere positive oder negative Anmerkungen oder Vorschläge zur Gestaltung der Rehabilitation in der Reha-Einrichtung?

63. Wie verständlich war der Fragebogen?

Gar nicht verständlich	Eher unverständlich	Mittel	Eher gut zu verstehen	Voll und ganz verständlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Wie viel Zeit haben Sie für das Ausfüllen des Fragebogens benötigt?

Etwa Minuten

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

