

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – Indikationsbereich psychische und psychosomatische
Erkrankungen (**Beginn**)

Fragebogen zur psychosozialen Gesundheit

B

001 P0

Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

Support-ID

3000

**Psychische und
psychosomatische
Erkrankungen**

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!

richtig
 falsch

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen
und gewünschtes Feld ankreuzen.



Angaben zur Person

1. Welcher Nationalität gehören Sie an?

Deutsch

Deutsche(r) Übersiedler(in) Jahr der Übersiedlung

Andere Nationalität Und zwar:

2. In welcher Partnersituation leben Sie?

Kurzfristig kein(e) Partner(in) (*bis zu 1 Jahr*)

Langfristig kein(e) Partner(in) (*mehr als 1 Jahr*)

Wechselnde(r) Partner(innen)

Feste(r) Partner(in) (*Ehepartner(in)*)

Feste(r) Partner(in) (*nicht Ehepartner(in)*)

3. 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

4. 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



5. Sind Sie erwerbstätig?

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

Nein Ja

6. Wie viele Rehabilitationsbehandlungen haben Sie vor dieser aktuellen Reha-Maßnahme durchgeführt?

Keine

Eine vorherige Reha-Maßnahme

Zwei oder mehr vorherige Reha-Maßnahmen



Psychische und körperliche Beschwerden vor der stationären psychotherapeutischen Behandlung

7. Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden.

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden belastet worden sind.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
... Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht, in der Öffentlichkeit bewusstlos zu werden oder einen Herzanfall zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z. B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich in den letzten zwei Wochen so gefühlt haben!

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich fühle mich gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Schwierigkeiten, die man im Kontakt mit anderen Menschen haben kann.

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich in den letzten zwei Wochen durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (*Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.*) belastet oder beeinträchtigt gefühlt haben.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> ...?	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
... unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10. Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.

Bitte geben Sie für die letzten zwei Wochen an, wie sehr die jeweilige Aussage zutrifft.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwierige Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt, sich selbst zu versorgen (z. B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12. Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.

Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahestehen, jemand ...

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
... Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie aufmuntert oder tröstet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Sehen Sie den Fragebogen jetzt bitte nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

