

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – medizinische stationäre Rehabilitation/Vorsorge für
Mütter und Väter (einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) **(Nachbefragung)**
Fragebogen – für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder ab 12 Jahren



001 JO

Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

Support-ID

4000 Mütter, Väter und
Kinder

Hallo,

auf den folgenden Seiten findest Du nochmal Fragen zu Deiner Gesundheit und dazu, wie es Dir geht. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt.

Das Wichtigste: Deine Meinung ist gefragt!

Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten wie bei einem Test in der Schule. Je offener und ehrlicher Du antwortest, desto mehr hilfst Du uns.

Herzlichen Dank für Deine Mitarbeit!

Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Du die vorgegebenen Kästchen ankreuzt.
- Bitte mach pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheide Dich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten.

Bitte Felder sauber und
kräftig markieren!

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen
und gewünschtes Feld ankreuzen.

richtig
 falsch



4000 Mütter, Väter und Kinder (Vorsorge- und Rehabilitation)
Patientenbogen - Nachbefragung

Wir möchten gerne wissen, wie es dir zurzeit geht.

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich mich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich müde oder schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mir langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich stolz auf mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mochte ich mich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4000 Mütter, Väter und Kinder (Vorsorge- und Rehabilitation)
 Patientenbogen - **Nachbefragung**

Überlege bitte bei der Antwort, wie es dir in der letzten Zeit ging.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen. (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine, ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von Zuhause, in der Schule oder anderswo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank, dass Du diesen Fragebogen ausgefüllt hast!

