

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

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



001 PO

Version: Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)  
Stand: 27.11.2023 QS-Reha Zyklus 5.0

Einrichtungs-ID

1100 GASTRO

**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 benutzen Sie einen Kugelschreiber!
- 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. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

---

---

---



**Patientenbogen – Beginn**

**5. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren. Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?**  
*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

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

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

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

So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<b>Weiter mit Frage 11!</b>	<b>Weiter mit der nächsten Frage.</b> Frage 7 bis Frage 10 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!				

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

---



---



---

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

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



**Patientenbogen – Beginn**

**9. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?**

Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Etwas beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	Sehr stark beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

An \_\_\_\_\_ Tagen in den letzten 7 Tagen

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

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**13. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?***Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

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



## Familie, Freunde und Bekannte

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

Insgesamt   Person(en)

Davon   Person(en) unter 18 Jahren

**15. Wie ist Ihr Familienstand?**

Ledig

Verheiratet

Geschieden /  
Getrennt lebend

Verwitwet





Leben Sie mit einer festen Partnerin / einem festen Partner zusammen?

Nein

Ja

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

	Trifft 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"/>



**17. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?***Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

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

Muster



## Alltägliche Sorgen und Probleme

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwerfällt, mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:**

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

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

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
... völlig erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unruhig und 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"/>

**21. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl, ...**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ohne Schwung zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Patientenbogen – Beginn**

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

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




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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*




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

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

	 Völlig unzufrieden	Unzufrieden	Eher unzufrieden	 Teils/teils	Eher zufrieden	Zufrieden	 Völlig zufrieden
Wie zufrieden waren Sie ...							
... 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	Unzufrieden	Eher unzufrieden	 Teils/teils	Eher zufrieden	Zufrieden	 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.

**25. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun.** Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor:  
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"/>

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

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

**27. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun.** Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor:  
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"/>



**Patientenbogen – Beginn**

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

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

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

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

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

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

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

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

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

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



## Angaben zur Person

### 32. Ihre Staatsangehörigkeit? (Mehrfachantwort möglich)

Deutsch  Andere

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

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

### 34. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

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

--	--	--

### 35. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

*Bitte nur den höchsten Abschluss angeben.*

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

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

*Bitte nur den höchsten Abschluss angeben.*

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

### 37. Sind Sie erwerbstätig?

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

Nein  Ja



## Und nun noch einige letzte Fragen

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

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

Bitte in jede Zeile nur ein Kreuz.

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

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

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

Bitte nur eine Angabe.

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

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

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

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

Etwa    Minuten



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

---

---

---

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.

Muster

