

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – Geriatrie – stationär (Nachbefragung)



001

P0

Beschlossen durch den Gemeinsamen Ausschuss der
Vertragspartner nach § 137d SGB V am 01.02.2018

Stand: 22.12.2023 QS-Reha Zyklus 5.0

Einrichtungs-ID

1700 Geriatrie

Liebe Patientin, lieber Patient,

da wir ständig bemüht sind, die Behandlung unserer Patientinnen / Patienten weiter zu verbessern, interessieren wir uns dafür, **welche Erfahrungen Sie bei Ihrer Reha-Maßnahme gemacht haben.**

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, indem Sie alle Fragen beantworten.

Für die Beantwortung der Fragen können Sie Pausen einlegen und sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen.

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.

Zu Beginn der Reha

1. Mir wurde gezeigt, wer in der Einrichtung für mich zuständig ist.

Nein

Ja

2. Das Personal der Reha-Einrichtung hat mir gesagt, ich soll möglichst viel selbst machen.
(Mit Ausnahme der Dinge, die aus medizinischen Gründen verboten waren)

Nein

Ja

3. Ich wurde darüber informiert, wie ich Stürze vermeiden kann.

Nein

Ja

4. Das Klinikpersonal hat mich ermutigt Fragen zu stellen.

Nein

Ja

5. Ich wurde gefragt, was ich in der Reha mit der Behandlung erreichen will.

Nein

Ja

6. Mir wurde mitgeteilt, dass bei der Reha-Maßnahme meine Mitarbeit erforderlich ist.

Nein

Ja

7. Meine häusliche und familiäre Situation wurde erfragt.

Nein

Ja

Besprochene Inhalte

8. Die Ärztin / der Arzt hat die Untersuchungsergebnisse mit mir besprochen.

Nein

Ja

9. Die Ärztin / der Arzt klärte mich über Medikamentenänderungen auf.

Nein

Ja

Betrifft mich nicht

Patientenbogen – Nachbefragung

10. Der Umgang mit den verordneten Hilfsmitteln wurde mir erläutert und mit mir geübt.

Nein

Ja

Betrifft mich nicht

11. Meine Behandlungs-Fortschritte wurden mit mir besprochen.

Nein

Ja

12. Die Ziele der Reha-Maßnahme wurden gemeinsam mit mir festgelegt.

Nein

Ja

13. Mir wurde gezeigt, wie ich mit meinen Einschränkungen im täglichen Leben besser zurechtkommen kann.

Nein

Ja

14. Ich wurde informiert, auf welche Sach- und Dienstleistungen ich ggf. nach der Reha Anspruch habe.
(z. B. Badumbau, Pflegedienst)

Nein

Ja

15. Ich habe Anleitungen für Zuhause erhalten.
(z. B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen)

Nein

Ja

16. Mit mir wurde rechtzeitig besprochen, wie es nach der Reha weiter geht.

Nein

Ja

17. Die Ärztin / der Arzt hat mich informiert, welche Weiterbehandlung nach der Entlassung erforderlich ist.

Nein

Ja

18. Geplante Therapien sind ausgefallen.

Nein

Ja

19. Über Änderungen im Therapieplan wurde ich informiert.

Nein

Teils, Teils

Ja

Es gab keine Änderungen

Betreuung durch das Klinikpersonal

20. Das Klinikpersonal ist freundlich mit mir umgegangen.

Nein

Teils, teils

Ja

21. Das Klinikpersonal ist respektvoll mit mir umgegangen.

Nein

Teils, teils

Ja

22. Ich hatte Vertrauen in das Klinikpersonal.

Nein

Teils, teils

Ja

23. Ich fühlte mich vom Klinikpersonal ernst genommen.

Nein

Teils, teils

Ja

24. Das Pflegepersonal war bei Bedarf schnell zur Stelle.

Nein

Teils, Teils

Ja

Betraf mich nicht

25. Das Klinikpersonal war zuverlässig.

Nein

Teils, teils

Ja

26. Das Klinikpersonal hat für mich Zeit gehabt.

Nein

Teils, teils

Ja

27. Ich konnte meine Sorgen und Ängste äußern.

Nein

Teils, Teils

Ja

Hatte ich nicht

28. Das Klinikpersonal ist auf meine Bitten, Fragen, Wünsche und Sorgen eingegangen.

Nein

Teils, Teils

Ja

Betraf mich nicht

Patientenbogen – Nachbefragung

29. Das Klinikpersonal hat meine Intimsphäre soweit möglich geachtet.
(z. B. beim Waschen)

Nein Teils, teils Ja

30. Die Privatsphäre wurde in der Einrichtung und in meinem Zimmer gewahrt.
(z. B. beim Arztgespräch)

Nein Teils, teils Ja

31. Wichtige Gespräche mit dem Klinikpersonal fanden im vertraulichen Rahmen statt.

Nein Teils, Teils
 Ja Betraf mich nicht

32. Mir wurden die therapeutischen Übungen verständlich erklärt.

Nein Teils, teils Ja

33. Ich habe die Erläuterungen des Klinikpersonals verstanden.

Nein Teils, teils Ja

34. Ich wurde vom Klinikpersonal motiviert, meine Reha-Ziele aktiv zu verfolgen.

Nein Teils, teils Ja

35. Die therapeutischen Übungen waren bzw. wurden auf mein Leistungsvermögen angepasst.

Nein Teils, teils Ja

36. Es wurden zu viele Therapien am Tag durchgeführt.

Nein Teils, teils Ja

37. Es wurden zu wenige Therapien am Tag durchgeführt.

Nein Teils, teils Ja

38. Die Therapietage waren zu anstrengend für mich.

Nein Teils, teils Ja

Patientenbogen – Nachbefragung

39. Es gab ausreichend lange Pausen zwischen den Therapien.

Nein

Teils, teils

Ja

40. Während meiner Reha hatte ich einen Notfall.

Nein

→ Bitte weiter mit Frage 42

Ja



41. Wenn ja: War schnell eine Ärztin / ein Arzt da?

Nein

Ja

Die Einrichtung

42. Die Größe und Ausstattung meines Zimmers waren ausreichend.

Nein

Teils, teils

Ja

43. Die Räume und sanitären Anlagen waren sauber.

Nein

Teils, Teils

Ja

Weiß nicht

44. Ich war mit dem Essen zufrieden.

Nein

Teils, teils

Ja

45. Ich konnte mich in der Einrichtung gut zurechtfinden.

Nein

Teils, teils

Ja

46. Das Dienstleistungsangebot war gut.

(z. B. Friseur, Fußpflege, Kiosk, Cafeteria, Bibliothek)

Nein

Teils, Teils

Ja

Betraf mich nicht

Grund zur Beschwerde

47. Hätten Sie Grund gehabt sich zu beschweren?

Nein

→ Bitte weiter mit Frage 50

Ja



48. Wenn ja: Haben Sie sich beschwert?

Nein

Ja

49. Wenn ja: Sind Sie zufrieden, wie mit Ihrer Beschwerde umgegangen wurde?

Nein

Teils, teils

Ja

Schmerzen

50. Nehmen Sie Schmerzmittel ein?

Nein

Ja

Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.

Wir wollen nun von Ihnen wissen:

Können Sie folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kartoffelbrei, Pudding oder Joghurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Weich gekochtes Gemüse? (z.B. Kartoffeln, Blumenkohl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feste Speisen? (z.B. Brot oder Fleisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mahlzeiten mit unterschiedlichen Bestandteilen? (z.B. Eintopf, Suppe mit Einlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesen

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Geschriebenes lesen und verstehen? (<i>Zeitung, Zeitschriften, Bücher</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... beim Lesen den roten Faden behalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Gelesenes wiedergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angelegenheiten regeln

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einen Tag planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... erkennen, dass wichtige Dinge des täglichen Bedarfs zur Neige gegangen sind? (z. B. Zucker, Toilettenpapier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Einkaufsliste erstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wüssten Sie, was zu tun ist, ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
d. ... wenn Sie Besuch zum Kaffeetrinken bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... wenn Ihr Fernseher nicht mehr richtig funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... wenn Sie Geschenke kaufen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... wenn Sie zu Hause stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufmerksamkeit

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einem kurzen Gespräch folgen? (<i>ca. 3 Minuten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... im Fernsehen eine Tiersendung verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Ihre Gedanken gut zusammenhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... sich konzentrieren, wenn um Sie herum viel los ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... im Fernsehen einen Spielfilm verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimm- und Sprechfunktion

a. Wie schnell können Sie sprechen?

- Normal schnell
- Nur langsam
- Ich kann gar nicht mehr sprechen → Bitte weiter zur nächsten Seite

b. Wie ist Ihre Aussprache?

- Klar und deutlich
- Mittelmäßig, andere haben Mühe mich zu verstehen
- Undeutlich / verwaschen, ich werde kaum verstanden

c. Wie laut können Sie sprechen?

- Normal laut
- Nur leise
- Ich kann nur flüstern

d. Wie flüssig können Sie sprechen?

- Gleichmäßig flüssig
- Leicht stockend, holperig oder stotternd
- Stark stockend, holperig oder stotternd

e. Können Sie mit Betonung sprechen?

- Angemessen betont
- Wenig betont
- Monoton

f. Geraten Sie beim Sprechen außer Atem?

- Nie
- Gelegentlich
- Ich muss häufig zwischenatmen

Sprache

a. Haben Sie Wortfindungsstörungen?

Keine	Leichte	Starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Wie gut oder schlecht können Sie Gegenstände und Situationen benennen?

Kaum	Mittelmäßig	Gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Können Sie das, was andere zu Ihnen sagen, inhaltlich verstehen?

Kaum	Mittelmäßig	Gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Verwenden Sie beim Sprechen unpassende Begriffe?

(z. B.: „Gib mir bitte mal das Auto rüber!“ statt „Gib mir bitte mal das Messer rüber!“)

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. Vertauschen Sie beim Sprechen die Laute in den Wörtern?

(z. B. „Bagel“ statt „Gabel“)

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Können Sie korrekte Sätze bilden?

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikation

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... antworten, wenn Sie von jemandem angesprochen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... von sich aus ein Gespräch beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Unterhaltung mit Ihrem direkten Gegenüber führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... sich an einer Diskussion in der Gruppe beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... einen Termin vereinbaren (z. B. bei einem Arzt, einer Bank)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikationsgeräte benutzen

a. Können Sie mit dem Telefon telefonieren?

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

b. Können Sie das Internet nutzen?

(z.B. um Dinge zu suchen oder mit anderen zu kommunizieren)

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

Ich habe keinen Internetzugang

Muster

Körperposition wechseln

Können Sie ...		Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a.	... sich im Bett umdrehen? (<i>von der Rückenlage in die Seitenlage und umgekehrt</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	... sich vom Liegen im Bett zum Sitzen an der Bettkante aufrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	... sich von der Bettkante in einen Stuhl (<i>Rollstuhl, Toilettenstuhl</i>) setzen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	... aus dem Bett aufstehen und sich aufrecht hinstellen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In einer Körperposition verbleiben

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... 10 Sekunden frei an der Bettkante sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... 10 Minuten frei sitzen? (z. B. zum Waschen, für eine Mahlzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... 30 Sekunden lang stehen, mit oder ohne Festhalten? (z. B. neben dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gegenstände anheben und tragen

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... eine leere Tasse tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine volle Tasse tragen, ohne etwas zu vergießen? (z. B. von der Küche ins Wohnzimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine volle Wasserflasche tragen? (z. B. vom Flur in die Küche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... eine gefüllte Einkaufstasche tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Händegebrauch

Können Sie ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einen Bleistift halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine Münze aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... einen Schlüssel ins Schloss stecken und umdrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... die Knöpfe am Hemd / an der Bluse schließen und öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... den Schraubverschluss einer bisher ungeöffneten Wasserflasche öffnen und wieder zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rollstuhlgebrauch

Können Sie alleine ...	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... beim Rollstuhl die Bremsen öffnen und schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit dem Rollstuhl geradeaus fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit dem Rollstuhl Kurven fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit dem Rollstuhl wenden und rangieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit dem Rollstuhl Türen öffnen und schließen, Schwellen und Engpässe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... mit dem Rollstuhl Schrägen, Bordsteinkanten und verschiedene Untergründe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gangsicherheit

Können Sie (ggf. mit Gehilfe) ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Hindernissen ausweichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sich umdrehen (<i>sich auf der Stelle um 180° drehen</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... gehen und sich dabei unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... gehen und dabei den Kopf zur Seite drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... Schwellen, Engpässe und unterschiedliche Bodenbeläge überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gehen im Innenbereich

1. Können Sie innerhalb des Zimmers gehen, und zwar ...

(z. B. vom Bett zum Fenster)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie innerhalb der Wohnung von Zimmer zu Zimmer gehen, und zwar ...

(ebenerdig, z. B. vom Schlafzimmer ins Bad)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treppensteigen

1. Können Sie zwei Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ...

(z. B. Eingangsbereich, Bordsteinkante)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie sieben Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Können Sie eine Etage auf- und abwärts steigen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Können Sie zwei oder mehr Etagen auf- und abwärts steigen ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gehen im Außenbereich

1. Können Sie im Außenbereich 15 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie im Außenbereich 30 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Können Sie im Außenbereich eine Stunde am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Können Sie im Außenbereich über schwierige Wege gehen, und zwar ... (Schrägen, Bordsteinkanten, Unebenheiten)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transportmittel nutzen

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... in ein Auto einsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... aus einem Auto aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... öffentliche Verkehrsmittel benutzen? (<i>Straßenbahn, Bus</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sich waschen

Können Sie sich ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... das Gesicht waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... den Oberkörper waschen? (<i>ohne Rücken</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... die Unterschenkel und die Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie sich in der Dusche oder in der Badewanne ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
e. ... den Oberkörper waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... die Beine und Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperpflege

Können Sie sich ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... die Haare frisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

Toilettennutzung

Können Sie ...					
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... die Hose nach unten und wieder hochziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... sich auf die Toilette / den Toilettenstuhl setzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
c. ... den Intimbereich säubern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
d. ... Ihre Kontinenzeinlagen wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...sich die Hände waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

Sich kleiden

Können Sie ...	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... den Oberkörper an- und auskleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine Hose an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... Straßenschuhe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essen

Können Sie ...	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... mundgerecht vorbereitetes Essen mit Besteck essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... klare Suppe mit dem Löffel zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Ihr Essen selbst mundgerecht zerteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... ein Brötchen aufschneiden und streichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinken

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... etwas zum Trinken eingießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... aus einer Tasse oder einem Becher mit Henkel trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... aus einem Glas trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mahlzeiten zubereiten

Können Sie ...	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... Nahrungsmittel verarbeiten? (z. B. Obst waschen und schälen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Frühstück und Abendessen zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine fertige Mahlzeit aufwärmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... warme Mahlzeiten kochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausarbeiten erledigen

Können Sie ...				
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... den Tisch abdecken und Geschirr spülen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Staub wischen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... den Boden mit dem Staubsauger oder Besen reinigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... Wäsche waschen und aufhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

Können Sie ...					
	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... Einkäufe erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... ein Taxi bestellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Reparatur veranlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Private Beziehungen

Können Sie ...					
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... mit Ihren Enkelkindern spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Freunde und Bekannte zu sich einladen und sich um sie kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... an einer größeren Familienfeier teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wirtschaftliches Leben

Können Sie ...		Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a.	... die Preise der Dinge, die Sie täglich benötigen, nennen? (z. B. für Brötchen, Zeitschrift, Kaffee)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	... Ihre finanzielle Situation überschauen? (z. B. Kontostand, regelmäßige Zahlungen kennen)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	... Bankgeschäfte erledigen? (z. B. Kontoauszüge prüfen, Überweisungen tätigen)	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit

a. Können Sie Ihre privaten Kontakte pflegen?

Gar nicht	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Können Sie neue Kontakte knüpfen?

Gar nicht	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Können Sie Ihren Hobbys nachgehen?

Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Können Sie an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen? (Ausstellung, Kino, Konzert)

Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlgang

a. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Sehr selten	Selten	Normal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Verwenden Sie dafür Medikamente?

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

c. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhlgangs?

<input type="checkbox"/> Überwiegend fest
<input type="checkbox"/> Überwiegend breiig
<input type="checkbox"/> Überwiegend flüssig

d. Verwenden Sie dafür Medikamente?

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

e. Können Sie den Stuhl halten (*Kontinenz*)?

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entleerung der Blase

a. Haben Sie einen Harnblasenkatheter?

Nein

Ja

→ Bitte weiter zur nächsten Seite des Bogens gehen

b. Wie häufig verlieren Sie am Tag ungewollt Urin?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

c. Wie häufig verlieren Sie in der Nacht ungewollt Urin?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

Insgesamt gesehen

51. Ich würde mich in dieser Reha-Einrichtung wieder behandeln lassen.

Nein

Ja

52. Ich würde die Reha-Einrichtung meinen Freunden und Verwandten weiterempfehlen.

Nein

Teils, Teils

Ja

53. Ich war mit der Betreuung durch das Klinikpersonal zufrieden.

Nein

Teils, Teils

Ja

54. Ich war mit der Sozialberatung zufrieden.

Nein

Teils, Teils

Ja

55. Der Übergang von der Reha nach Hause bzw. in die jetzige Einrichtung war reibungslos.

Nein

Teils, Teils

Ja

56. Ich habe von der Reha profitiert.

Nein

Teils, Teils

Ja

57. Ich kann das, was ich in der Reha gelernt habe, im täglichen Leben anwenden.

Nein

Teils, Teils

Ja

58. Ich habe meine persönlichen Ziele in der Reha erreicht.

Nein

Teils, Teils

Ja

Noch einige Fragen zur Zeit nach der Reha-Maßnahme

62. Sind bei Ihnen seit der Reha-Maßnahme neue medizinische Probleme aufgetreten?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

63. Hatten Sie seit der Reha-Maßnahme einen Krankenhausaufenthalt von mehr als zwei Tagen?

Nein

Ja

64. Sind seit der Reha-Maßnahme schwerwiegende nicht-medizinische Ereignisse in Ihrem nahen Umfeld eingetreten? (z. B. Umzug, Trauerfall)

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

65. Haben Sie seit der Reha-Maßnahme Sachleistungen oder Dienstleistungen in Anspruch genommen? (z. B. Badumbau, Pflegedienst)

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Abschließend Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens

66. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

- Allein, ohne jede Unterstützung
- Mit Unterstützung von einem Angehörigen
- Mit Unterstützung von Pflegedienst
- Mit Unterstützung von jemand anderem, nämlich:

Wer anderes hat den Fragebogen ausgefüllt?

67. Wie fanden Sie den Fragebogen? (Mehrfache Antworten sind möglich)

- Inhaltlich angemessen
- Anregend, aufschlussreich
- Zu lang
- Schwer verständlich

68. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht? (abzgl. von ggf. gemachten Unterbrechungen)

Etwa

--	--	--

 Minuten

69. Was möchten Sie uns zum Fragebogen, zur Reha-Maßnahme oder sonst noch mitteilen?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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