

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – medizinische stationäre Rehabilitation / Vorsorge für
Mütter und Väter (einschließlich Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen) **(Nachbefragung)**



001 E0

Stand: 30.11.2023 QS-Reha Zyklus 5.0

Einrichtungs-ID

4000 MVK

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!

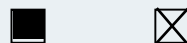
Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!

- richtig
 falsch

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen und gewünschtes Feld ankreuzen.



Bei den folgenden Fragen sollen Sie angeben, wie wichtig einzelne Aspekte Ihrer Gesundheit für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind. Außerdem geht es darum, wie zufrieden Sie mit Ihrer Gesundheit sind.

1. Wie wichtig ist / sind für Sie ...

	Nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig
... körperliche Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Energie / Lebensfreude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fortbewegungsfähigkeit (z. B. gehen, Auto fahren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Seh- und Hörvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angstfreiheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Beschwerde- und Schmerzfreiheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer / Ihrem...

	Unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
... körperlichen Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Energie / Lebensfreude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fortbewegungsfähigkeit (gehen, Auto fahren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Seh- und Hörvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ausmaß von Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Bei den folgenden Aussagen geht es darum, wie man sich in unangenehmen, belastenden oder schwierigen Situationen verhalten kann. Beurteilen Sie bei jeder Aussage bitte, inwiefern diese auf Ihr Denken und Verhalten zutrifft.

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Ziemlich	Sehr
Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir viele Gedanken gemacht, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. In den folgenden Aussagen geht es um die Unterstützung durch andere Menschen. Bitte geben Sie bei jeder der Aussagen an, inwieweit Sie ihr zustimmen oder nicht.

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit anderen, damit sie mich aufmuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht weiterweiß, frage ich andere, was sie an meiner Stelle tun würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

5. Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinah jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

7. Bei den folgenden Fragen geht es um verschiedene Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.

Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer Haus- bzw. Familienarbeit?	Gar nicht	Wenig	Stark
Lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestörte Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche, schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme einseitige, körperliche Beanspruchung / Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Widersprüchliche Anforderungen, Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Verantwortung für Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrfachbelastung durch Beruf, Kinder, Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Anerkennung meiner Arbeitsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden verbringen Sie durchschnittlich in der Woche mit Familien- / Hausarbeit? Stunden

8. Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustands in Zukunft ...

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
... Ihr Kind / Ihre Kinder nicht versorgen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihren Haushalt nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behindert Sie der Gesundheitszustand Ihres Kindes / Ihrer Kinder bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich stark	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark fühlen Sie sich durch (eine) Erkrankung(en) Ihres Kindes / Ihrer Kinder belastet?

Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Beschwerden und Symptomen.

Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (<i>Knie, Hüften ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme mit der Menstruation (<i>nur für Frauen!</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11. Bitte geben Sie an in welchem Maße Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten
Körperlich schwere Arbeit verrichten	<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"/>
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 min lang ohne Unterbrechung stehen	<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"/>

12. Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimmt eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Mir ist klar geworden, dass die Probleme bei der Kindererziehung leicht zu lösen sind, wenn man einmal verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfülle meine persönlichen Erwartungen daran, wie ich mich um mein Kind kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn irgendjemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter / Vater bin, fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter / ein guter Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13. Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie mit Ihrer Einrichtung und der dort erhaltenen Behandlung zufrieden waren.

Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, bezeichnen.

Schlecht	Weniger gut	Gut	Ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?

Eindeutig nicht	Eigentlich nicht	Im Allgemeinen ja	Eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchem Maße hat die Einrichtung Ihren Bedürfnissen entsprochen?

Hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen	Hat nur wenigen Bedürfnissen entsprochen	Hat den meisten Bedürfnissen entsprochen	Hat fast allen Bedürfnissen entsprochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Würden Sie einer Freundin / einem Freund die Einrichtung empfehlen, wenn sie / er ähnliche Hilfe benötigen würde?

Eindeutig nicht	Ich glaube nicht	Ich glaube ja	Eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

Ziemlich unzufrieden	Leicht unzufrieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	Nein, sie half mir eigentlich nicht	Ja, sie half etwas	Ja, sie half eine ganze Menge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

Ziemlich unzufrieden	Leicht unzufrieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Würden Sie wieder in die Einrichtung kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?

Eindeutig nicht	Ich glaube nicht	Ich glaube ja	Eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. In der Einrichtung wurde sehr viel Wert daraufgelegt, ...

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... dass die Patientinnen / Patienten gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Einstellungen lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit Ihren körperlichen Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass die Patientinnen / Patienten sich mit den spezifischen Belastungen als Frau und Mutter / Mann und Vater auseinandersetzen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass die Patientinnen / Patienten sich auch erholen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich mit den Beschwerden und dem Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Allgemeine Fragen zu Ihrem Aufenthalt

	Nein	Ja
War der Empfang in der Einrichtung insgesamt für Sie eher stressfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War das ärztliche Aufnahmegespräch für Sie insgesamt eine positive Erfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Organisation der Behandlungen insgesamt gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War das Klima in der Einrichtung insgesamt gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es für Sie insgesamt zu einem guten Abschluss des Aufenthalts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunschrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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

