

An die Versicherte / den Versicherten

## **Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung nach einer Rehabilitation**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

vor einiger Zeit haben Sie an einer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung teilgenommen. Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie unsere Versicherten die Behandlung und Betreuung während der Rehabilitation beurteilen und wie es ihnen danach gesundheitlich geht. Deshalb befragen wir regelmäßig zufällig ausgewählte ehemalige Patienten. Mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möchten wir zugleich einige Ihrer persönlichen Daten, die hier bereits vorliegen, in die Auswertung einbeziehen. Selbstverständlich werden hierbei die Anforderungen des Datenschutzes beachtet.

Die Teilnahme an unserer Befragung ist freiwillig und anonym. Aus einer Teilnahme oder auch Nichtteilnahme entstehen Ihnen weder Vorteile noch Nachteile. Es ist uns jedoch wichtig, dass möglichst viele der Angeschriebenen antworten und uns ihre Eindrücke mitteilen, denn nur so ist es möglich, unsere Rehabilitationsangebote weiter zu verbessern.

Bevor Sie sich entscheiden, lesen Sie bitte die Fragen und Antworten auf der Rückseite. Darin informieren wir Sie über den Ablauf der Befragung und darüber, wie die Anforderungen des Datenschutzes eingehalten werden.

Wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten, füllen Sie bitte den beigefügten Fragebogen aus und schicken ihn mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung an uns zurück (portofreier Rückumschlag). Mit der speziellen Einwilligung stimmen Sie zu, dass die bereits vorliegenden Daten genutzt werden dürfen.

Bitte legen Sie dem Umschlag keine anderen Unterlagen bei.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Deutsche Rentenversicherung

## Fragen und Antworten zum Ablauf der Patientenbefragung

### Warum eine Patientenbefragung?

Die Patientensicht ist für uns ein wichtiger Hinweis auf Verbesserungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation. Mit dem Fragebogen bitten wir Sie um Informationen zum Behandlungsablauf in Ihrer Klinik und zu Ihrem persönlichen Behandlungsergebnis. Die Antworten aller Patienten einer Klinik gehen in einen Bericht ein, der jede Klinik über die Zufriedenheit und die Behandlungsergebnisse ihrer Patienten informiert. Dieser Bericht enthält nicht die Angaben einzelner Patienten, sondern die zusammengefassten Ergebnisse aller befragten Patienten einer Klinik. Darüber hinaus ermöglicht er auch einen Vergleich mit den Ergebnissen der Patienten aller anderen Kliniken.

### Ist die Teilnahme freiwillig? Habe ich Vorteile oder Nachteile?

Die Teilnahme an unserer Befragung ist freiwillig. Aus einer Teilnahme oder auch Nichtteilnahme entstehen Ihnen weder Vorteile noch Nachteile. Falls Sie nicht teilnehmen möchten, müssen Sie nichts unternehmen. Auch auf das Erinnerungsschreiben müssen Sie nicht reagieren.

Die Einwilligung können Sie bis zur Anonymisierung der Daten zurücknehmen. Schreiben Sie dann bitte an Ihren zuständigen Rentenversicherungsträger. Falls die Zuordnungsliste (siehe: "Wie erfolgt die Anonymisierung?") noch vorhanden ist, werden wir die zur Patientenbefragung über Sie gespeicherten Daten löschen.

### Welche Daten werden erhoben?

Neben den Angaben, die Sie im Fragebogen machen, möchten wir - mit Ihrem Einverständnis - ausgewählte persönliche Daten, die uns bereits vorliegen, in die Auswertung einbeziehen (Näheres entnehmen Sie bitte der beiliegenden Einwilligungserklärung).

### Wird der Datenschutz eingehalten?

Datenschutzbestimmungen sind immer dann zu beachten, wenn Einzelangaben (Daten) direkt oder indirekt mit natürlichen Personen in Zusammenhang gebracht werden können. Nur während der Datenerhebung werden Name, Anschrift und Versicherungsnummer benötigt, z. B. um Sie anzuschreiben und um - mit Ihrer Einwilligung - bereits vorliegende Daten nutzen zu können. Für die Auswertung und Berichterstellung sind Namen nicht mehr erforderlich und werden deshalb gelöscht. Keine der beteiligten Stellen hat gleichzeitig Zugriff auf Namen und Auswertungsdaten.

### Wie erfolgt die Anonymisierung?

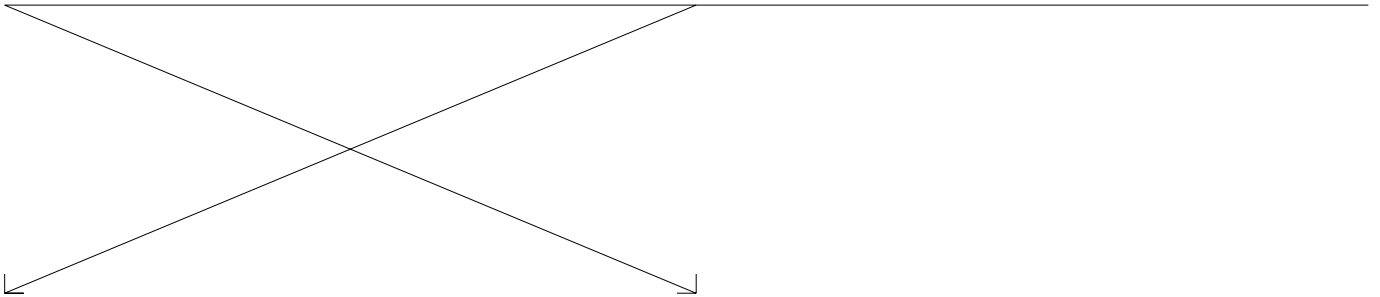
Jeder zufällig ausgewählte Patient erhält einen Patienten-Code. In einer Zuordnungsliste werden nur für den Zweck der Datenerhebung zusätzlich der Name, die Anschrift und die Versicherungsnummer gespeichert. Ihre Antworten und - wenn Sie der Verwendung zugestimmt haben - weitere bei uns gespeicherte Daten werden getrennt von der Zuordnungsliste nur unter dem Patienten-Code gespeichert. Sobald alle Daten zusammengetragen sind, werden Name und Versicherungsnummer unwichtig und gelöscht. Zuordnungsliste, Einwilligung und Fragebogen werden vernichtet. Abschließend wird der Patienten-Code durch eine neue laufende Nummer ersetzt. Aus den Antworten und den weiteren Daten ist es nach menschlichem Ermessen nicht möglich zu erkennen, von welcher Person die Daten stammen. Es liegen anonyme Daten vor.

### Noch weitere Fragen?

Falls Sie weitere Fragen zu dieser Befragung haben, können Sie sich telefonisch oder schriftlich an Ihren zuständigen Regionalträger wenden.



Versicherungsnummer
---------------------



Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

## Für Ihre Unterlagen Einwilligungserklärung

Ich bin über die Ziele, die Vorgehensweise und den Datenschutz bei der Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung informiert worden.

Ich weiß, dass

- die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist,
- diese Einwilligung jederzeit bis zur Anonymisierung der Daten zurückgenommen werden kann und dann die zur Patientenbefragung über mich erhobenen Daten gelöscht werden, wenn das noch möglich ist,
- mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten keine Nachteile entstehen und
- meine Angaben anonym ausgewertet werden.

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

dass die hier vorliegenden Daten in anonymisierter Form in die Auswertung einbezogen werden.

Hierbei handelt es sich um Angaben über Dauer und Art der Rehabilitation, Diagnose, Entlassungsform, Leistungsfähigkeit, Dauer einer Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation, Bundesland (Wohnort), Stellung im Erwerbsleben, Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Alter, Geschlecht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Datum

# Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Rehabilitation

## Hinweise zum Ausfüllen

Bitte beantworten Sie alle Fragen und beachten Sie dabei die folgenden Hinweise:

Setzen Sie Ihre Kreuzchen in **eines** der dafür vorgesehenen Kästchen. Vermeiden Sie möglichst Ankreuzungen zwischen den Kästchen.

### Beispiel:

<b>Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:</b>					S
trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	5

Die kleinen Zahlen oder Buchstaben unter oder neben den Kästchen sowie am rechten Rand der Seiten haben für Sie keine Bedeutung. Sie erleichtern später die Bearbeitung Ihres Fragebogens.

Einige Fragen beziehen sich auf Problembereiche, die für Sie möglicherweise nicht zutreffen. Ist dies der Fall, kreuzen Sie bitte "Nein" an und gehen Sie zur nächsten Frage über.

Trifft das Problem jedoch auf Sie zu, kreuzen Sie bitte "Ja" an und füllen auch den zweiten Teil der Frage aus, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das am Besten zutrifft.

### Beispiel:

<b>Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?</b>		S
<b>Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b>	Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input checked="" type="checkbox"/> 2	110
<b>Falls ja, haben sich diese ...</b>		
stark gebessert?.....	<input type="checkbox"/> 1	111
etwas gebessert?.....	<input checked="" type="checkbox"/> 2	
nicht verändert?.....	<input type="checkbox"/> 3	
etwas verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 4	
stark verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 5	

Wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte die entsprechende Zahl ein.

### Beispiel:

<b>Ihr Alter?.....</b>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> Jahre	S 166
------------------------	---	----------

REHA-QUALITÄTSSICHERUNG DER  
GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG  
**PATIENTENBEFRAGUNG**

**FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER  
REHABILITATION**

## I. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

<p><b>1. Wie viele Wochen sind seit Ihrer Entlassung aus der Rehabilitationsklinik vergangen?</b></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="text"/> <input type="text"/> Wochen</p> <p><b>Wie viele Wochen hat diese letzte Rehabilitation gedauert?</b></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="text"/> <input type="text"/> Wochen</p> <p><b>Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1      Ja <input type="checkbox"/> 2      Falls ja, wie oft? <input type="text"/> <input type="text"/> mal</p>	<p>S</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3/4</p>
--	---------------------------------------

<p><b>2. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">trifft überhaupt nicht zu</td> <td style="width: 20%;">trifft eher nicht zu</td> <td style="width: 20%;">trifft teils zu, teils nicht zu</td> <td style="width: 20%;">trifft eher zu</td> <td style="width: 20%;">trifft voll und ganz zu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	<p>S</p> <p>5</p>
trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
1	2	3	4	5												

## II. Fragen zum Klinikaufenthalt

<p><b>3. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation</b></p>		<p>S</p>																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">trifft überhaupt nicht zu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">trifft eher nicht zu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">trifft teils zu, teils nicht zu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">trifft eher zu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">trifft voll und ganz zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Die Ärztin / Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Die Ärztin / Der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Ärztin / Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Ärztin / Der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4	5	<p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu																																
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Die Ärztin / Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Die Ärztin / Der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	1	2	3	4	5																																

4. Betreuung durch die Pflegekräfte (z. B. Schwestern / Pfleger)						S
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
	1	2	3	4	5	

5. Psychologische Betreuung						S
<b>Von Entspannungstherapien abgesehen - sind Sie von einer Psychologin oder einem Psychologen betreut worden?</b>						
Ja.....	<input type="checkbox"/> 2	➔	1 <input type="checkbox"/>	in der Gruppe		13/14
Nein.....	<input type="checkbox"/> 1		2 <input type="checkbox"/>	einzeln		
<b>Falls Sie psychologische Betreuung (einzeln und / oder in der Gruppe) erhalten haben, beurteilen Sie bitte die drei folgenden Aussagen:</b>						
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Die Psychologin / Der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
	1	2	3	4	5	



## 6. Behandlungen

S

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen. Wenn Sie z. B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik "**teilgenommen**" "**Ja**" an.

War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik "**Urteil**" das ganz **linke Kästchen** an; war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.

Haben Sie z. B. keine Massage erhalten, kreuzen Sie nur unter der Rubrik "**teilgenommen**" "**Nein**" an.

	teilgenommen?		→	falls ja, Urteil:					
	Nein	Ja		sehr schlecht				sehr gut	
Krankengymnastik einzeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18/19
Krankengymnastik in der Gruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20/21
Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Konditions- / Terraintraining).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22/23
Beschäftigungs-, Gestaltungs- und Ergotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24/25
Entspannungstherapien (z. B. Muskelentspannung, Autogenes Training).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26/27
Physikalische Anwendungen (z. B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28/29
Massagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30/31
				1	2	3	4	5	

## 7. Schulungen und Vorträge

S

An welchen der folgenden Schulungen und Vorträge haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

	teilgenommen?		→	falls ja, Urteil:					
	Nein	Ja		sehr schlecht				sehr gut	
Gesundheitsbildung / -training.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32/33
Lehrküche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34/35
Schulungen (z. B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruck- messen, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36/37
				1	2	3	4	5	

<b>8. Rehabilitationsplan und -ziele</b>						S
<b>In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, ...</b>	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
... die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
... dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinanderzusetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
... sich den seelischen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung zuzuwenden.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	41

<b>9. Klinik und Unterbringung</b>						S
<b>Wie beurteilen Sie ...</b>	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut	
die Leistungen der Klinikverwaltung (z. B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Größe und Ausstattung Ihres Zimmers?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
das Essen / die Ernährung in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
die Organisation der Abläufe in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	45

**10. Nach der Rehabilitation**

S

**Haben Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen für die folgenden Bereiche erhalten?**

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!

	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	
Für den beruflichen Bereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Für den häuslichen Bereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Für den Freizeitbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
	1	2	

**Falls Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen erhalten haben, waren diese für Sie nützlich?**

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!

	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	
Im beruflichen Bereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Im häuslichen Bereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
Im Freizeitbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
	1	2	

**Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe) teilgenommen?**

S

Nein.....	<input type="checkbox"/>	1	52
Noch nicht, aber fest vorgenommen.....	<input type="checkbox"/>	2	
Ja, regelmäßig einmal pro Woche oder öfter.....	<input type="checkbox"/>	3	
Ja, weniger als einmal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>	4	
Seltener bzw. unregelmäßig.....	<input type="checkbox"/>	5	

### III. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden

<p><b>11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den <u>vergangenen vier Wochen</u> beschreiben?</b></p>	S												
<p>Bitte kreuzen Sie <b>nur ein</b> Kästchen an!</p>													
<p>Sehr gut..... <input type="checkbox"/> 1</p>		53											
<p>Gut..... <input type="checkbox"/> 2</p>													
<p>Zufrieden stellend..... <input type="checkbox"/> 3</p>													
<p>Weniger gut..... <input type="checkbox"/> 4</p>													
<p>Schlecht..... <input type="checkbox"/> 5</p>													
<p><b>12. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand <u>vor der Rehabilitation</u> denken - hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?</b></p>	S												
<p><b>Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Rehabilitation ...</b></p>													
<p>stark gebessert..... <input type="checkbox"/> 1</p>		54											
<p>etwas gebessert..... <input type="checkbox"/> 2</p>													
<p>nicht verändert..... <input type="checkbox"/> 3</p>													
<p>etwas verschlechtert..... <input type="checkbox"/> 4</p>													
<p>stark verschlechtert..... <input type="checkbox"/> 5</p>													
<p><b>13. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?</b></p>	S												
<p>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!</p>													
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Aussagen</th> <th style="text-align: center;">trifft ganz zu</th> <th style="text-align: center;">trifft weitgehend zu</th> <th style="text-align: center;">weiß nicht</th> <th style="text-align: center;">trifft weitgehend nicht zu</th> <th style="text-align: center;">trifft überhaupt nicht zu</th> </tr> </thead> </table>		Aussagen	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu						
Aussagen		trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55					
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56						
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57						
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4	5	58
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	1	2	3	4	5								

**14. In diesen Fragen geht es darum, wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.**

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

**Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...**

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
voller Schwung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
sehr nervös?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
ruhig und gelassen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
voller Energie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
entmutigt und traurig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
erschöpft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
glücklich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
müde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
	1	2	3	4	5	6	

**15. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?**

**Erschöpfung und Müdigkeit waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:**      Nein  1    Ja  2

**Falls ja, haben sich diese ...**

stark gebessert?.....	<input type="checkbox"/> 1	69
etwas gebessert?.....	<input type="checkbox"/> 2	
nicht verändert?.....	<input type="checkbox"/> 3	
etwas verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 4	
stark verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 5	

<p><b>16. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Nervosität und Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</b></p> <p><b>Nervosität und Niedergeschlagenheit waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b></p> <p>Falls ja, haben sich diese ...</p> <p>stark gebessert?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>etwas gebessert?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>nicht verändert?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>etwas verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>stark verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>70</p> <p>71</p>
--	------------------------------

<p><b>17. Sie finden nachstehend eine Liste von Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Wie sehr haben Sie während der vergangenen vier Wochen unter körperlichem Unwohlsein und Beschwerden gelitten?</b></p> <p>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!</p> <p><b>Wie sehr haben Sie unter ...</b></p>	<p>S</p>																																																																																																		
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Überhaupt nicht</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ein wenig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ziemlich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr stark</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kopfschmerzen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">72</td> </tr> <tr> <td>Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">73</td> </tr> <tr> <td>Herz- und Brustschmerzen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">74</td> </tr> <tr> <td>Kreuzschmerzen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">75</td> </tr> <tr> <td>Übelkeit oder Magenverstimmung.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">76</td> </tr> <tr> <td>Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">77</td> </tr> <tr> <td>Schwierigkeiten beim Atmen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">78</td> </tr> <tr> <td>Hitzewallungen oder Kälteschauer.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">79</td> </tr> <tr> <td>Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">80</td> </tr> <tr> <td>dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">81</td> </tr> <tr> <td>Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">82</td> </tr> <tr> <td>Schweregefühl in Armen oder Beinen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">83</td> </tr> <tr> <td><b>... gelitten?</b></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark		Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	Herz- und Brustschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	Kreuzschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	Übelkeit oder Magenverstimmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	Schwierigkeiten beim Atmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<b>... gelitten?</b>	1	2	3	4	5		
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark																																																																																														
Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72																																																																																													
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73																																																																																													
Herz- und Brustschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74																																																																																													
Kreuzschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75																																																																																													
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76																																																																																													
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77																																																																																													
Schwierigkeiten beim Atmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78																																																																																													
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79																																																																																													
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80																																																																																													
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81																																																																																													
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82																																																																																													
Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83																																																																																													
<b>... gelitten?</b>	1	2	3	4	5																																																																																														

**18. Wenn Sie jetzt noch einmal an die eben angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?**

S

↓ **Bitte beachten Sie vor dem Ankreuzen:**

Wenn Sie mit den im Folgenden genannten Beschwerden vor der Rehabilitation kein Problem hatten, kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile **nur das erste** Kästchen an.

Hatten Sie jedoch vor der Rehabilitation eine der folgenden Beschwerden, so kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile **nur** das Kästchen an, das der Veränderung am ehesten entspricht.

	Folgende Beschwerden waren vor der Rehabilitation <u>kein</u> Problem:				↓	Folgende Beschwerden haben sich durch die Rehabilitation				
						gebessert:	nicht verändert:	verschlechtert:		
Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84/85
Ohnmachts- oder Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86/87
Herz- und Brustschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88/89
Kreuzschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90/91
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92/93
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94/95
Schwierigkeiten beim Atmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96/97
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98/99
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100/101
das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102/103
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104/105
Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106/107
		1	2	3		4				

<b>19. <u>Wie stark</u> waren Ihre Schmerzen in den <u>vergangenen vier Wochen</u>?</b>	S	
Bitte kreuzen Sie <b>nur ein</b> Kästchen an!		
Ich hatte keine Schmerzen.....	<input type="checkbox"/> 1	108
Sehr leicht.....	<input type="checkbox"/> 2	
Leicht.....	<input type="checkbox"/> 3	
Mäßig.....	<input type="checkbox"/> 4	
Stark.....	<input type="checkbox"/> 5	
Sehr stark.....	<input type="checkbox"/> 6	
<b>Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <u>vergangenen vier Wochen</u> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?</b>		
Bitte kreuzen Sie <b>nur ein</b> Kästchen an!		
Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/> 1	109
Ein bisschen.....	<input type="checkbox"/> 2	
Mäßig.....	<input type="checkbox"/> 3	
Ziemlich.....	<input type="checkbox"/> 4	
Sehr.....	<input type="checkbox"/> 5	

<b>20. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen <u>vor der Rehabilitation</u> denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?</b>	S	
<b>Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b>	Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2	110
<b>Falls ja, haben sich diese ...</b>		
stark gebessert?.....	<input type="checkbox"/> 1	111
etwas gebessert?.....	<input type="checkbox"/> 2	
nicht verändert?.....	<input type="checkbox"/> 3	
etwas verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 4	
stark verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/> 5	



## IV. Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag

<p><b>21. <u>Wie häufig</u> haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <u>vergangenen vier Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?</b></p> <p>Bitte kreuzen Sie <b>nur ein</b> Kästchen an!</p> <p>Immer..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Meistens..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Manchmal..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Selten..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Nie..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>112</p>
<p><b>22. <u>Wie sehr</u> haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <u>vergangenen vier Wochen</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?</b></p> <p>Bitte kreuzen Sie <b>nur ein</b> Kästchen an!</p> <p>Überhaupt nicht..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Etwas..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mäßig..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ziemlich..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Sehr..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>113</p>
<p><b>23. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Kontakte zu anderen Menschen <u>vor der Rehabilitation</u> denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</b></p> <p><b>Kontakte zu anderen Menschen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b></p> <p><b>Falls ja, haben sich diese ...</b></p> <p>stark gebessert?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>etwas gebessert?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>nicht verändert?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>etwas verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>stark verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>114</p> <p>115</p>

<b>24. Hatten Sie in den <u>vergangenen vier Wochen</u> aufgrund Ihrer <u>körperlichen Gesundheit</u> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</b>			S
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!			
<b>Schwierigkeiten:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. musste ich mich besonders anstrengen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119
	1	2	

<b>25. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben <u>vor der Rehabilitation</u> denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</b>			S		
<b>Körperliche Probleme und deren Auswirkung auf meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b>					
	Nein <input type="checkbox"/>	1	Ja <input type="checkbox"/>	2	120
<b>Falls ja, haben sich diese ...</b>					
stark gebessert?.....	<input type="checkbox"/>	1			121
etwas gebessert?.....	<input type="checkbox"/>	2			
nicht verändert?.....	<input type="checkbox"/>	3			
etwas verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/>	4			
stark verschlechtert?.....	<input type="checkbox"/>	5			

<b>26. Hatten Sie in den <u>vergangenen vier Wochen</u> aufgrund <u>seelischer Probleme</u> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen und ängstlich fühlten)?</b>			S
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!			
<b>Schwierigkeiten:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124
	1	2	

**27. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre seelischen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?** S

**Seelische Probleme und deren Auswirkung auf meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:** Nein  1 Ja  2 125

**Falls ja, haben sich diese ...**

stark gebessert?.....  1 126

etwas gebessert?.....  2

nicht verändert?.....  3

etwas verschlechtert?.....  4

stark verschlechtert?.....  5

**28. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?** S

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

**Wenn ja, wie stark?**

Tätigkeiten:	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt	
Anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127
Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128
Einkaufstaschen heben oder tragen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129
Mehrere Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130
Einen Treppenabsatz steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
Sich beugen, knien, bücken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
Mehr als ein Kilometer zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
Mehrere Straßenkeuzungen weit zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
Sich baden oder anziehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136
	1	2	3	

<p><b>29. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</b></p> <p><b>Gesundheitliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</b></p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Falls ja, haben sich diese ...</b></p> <p>stark gebessert?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>etwas gebessert?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>nicht verändert?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>etwas verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>stark verschlechtert?..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>137</p> <p>138</p>
---	--------------------------------

## V. Lebensgewohnheiten

<p><b>30. Jetzt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten stellen, z. B. zum Rauchen:</b></p> <p><b>Rauchen Sie zurzeit?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2    Wenn ja, wie viel? Etwa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Zigaretten am Tag</p> <p><b>Hat sich Ihr Konsum von Zigaretten durch die Rehabilitation verändert?</b></p> <p style="text-align: center;">       mehr geworden                      gleich geblieben                      weniger geworden  <input type="checkbox"/> 1                                      <input type="checkbox"/> 2                                      <input type="checkbox"/> 3     </p> <p><b>Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?</b></p> <p style="text-align: center;">       (fast) jeden Tag                      2-4-mal pro Woche                      2-4-mal pro Monat                      seltener                      überhaupt nicht  <input type="checkbox"/> 1                                      <input type="checkbox"/> 2                                      <input type="checkbox"/> 3                                      <input type="checkbox"/> 4                                      <input type="checkbox"/> 5     </p> <p><b>Hat sich Ihr Konsum von Alkohol durch die Rehabilitation verändert?</b></p> <p style="text-align: center;">       mehr geworden                      gleich geblieben                      weniger geworden  <input type="checkbox"/> 1                                      <input type="checkbox"/> 2                                      <input type="checkbox"/> 3     </p> <p><b>Wie häufig mussten Sie in den vergangenen vier Wochen die folgenden Medikamente einnehmen?</b></p> <p style="text-align: center;">       (fast) jeden Tag                      2-4-mal pro Woche                      2-4-mal pro Monat                      seltener                      überhaupt nicht     </p> <p>Schmerzmittel..... <input type="checkbox"/> 1                      <input type="checkbox"/> 2                      <input type="checkbox"/> 3                      <input type="checkbox"/> 4                      <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Schlaf- oder Beruhigungsmittel..... <input type="checkbox"/> 1                      <input type="checkbox"/> 2                      <input type="checkbox"/> 3                      <input type="checkbox"/> 4                      <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>139/ 140</p> <p>141</p> <p>142</p> <p>143</p> <p>144</p> <p>145</p>
--	---

<b>Hat sich Ihr Konsum von Medikamenten durch die Rehabilitation verändert?</b>				S
Er ist bei ...	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	
Schmerzmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146
Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	147

## VI. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente

<b>31. Welche der folgenden Angaben trifft auf <u>Ihre derzeitige Situation</u> zu?</b>				S
Kreuzen Sie bitte <b>nur ein</b> Kästchen an!				
Berufstätig.....	<input type="checkbox"/>	1 mit <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Stunden pro Woche		148/ 149
Arbeitslos gemeldet.....	<input type="checkbox"/>	2		
Hausfrau / Hausmann.....	<input type="checkbox"/>	3		
Rentnerin / Rentner, im Vorruhestand, Pensionärin / Pensionär.....	<input type="checkbox"/>	4		
Anderes.....	<input type="checkbox"/>	5		

<b>Ich bin zurzeit:</b>				S
Arbeitsfähig.....	<input type="checkbox"/>	1		150
Arbeitsunfähig (krankgeschrieben).....	<input type="checkbox"/>	2		
<b>Wenn Sie arbeitsunfähig (krankgeschrieben) sind, weshalb?</b>				
Wegen des für die letzte Rehabilitation wichtigsten Leidens.....	<input type="checkbox"/>	1		151
Wegen einer anderen Erkrankung.....	<input type="checkbox"/>	2		

<b>Wenn Sie berufstätig oder arbeitslos gemeldet sind:</b>				S
<b>Haben Sie während Ihrer Rehabilitation an einer Arbeitstherapie oder Belastungserprobung teilgenommen?</b>				
Ja <input type="checkbox"/>	1	Nein <input type="checkbox"/>	2	152
<b>Ist während Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden?</b>				
Ja <input type="checkbox"/>	1	Nein <input type="checkbox"/>	2	153

<p><b>Falls mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden ist, hat die ärztliche Beurteilung Ihrer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit mit Ihrer eigenen Einschätzung übereingestimmt?</b></p> <p>Bitte kreuzen Sie <u>nur ein</u> Kästchen an!</p> <p>Überhaupt nicht..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Eher nicht..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Teils, teils..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Eher ja..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Voll und ganz..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Weiß ich nicht..... <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>S</p> <p>154</p>
<p><b>Haben Sie in der Rehabilitation ein Gespräch mit einer / einem Fachberaterin / Fachberater (Sozialberaterin / Sozialberater) über Ihre berufliche Zukunft geführt?</b></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1    Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>S</p> <p>155</p>
<p><b>32. Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Haben Sie nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Wurden für Sie nach der letzten Rehabilitation Maßnahmen zur <u>beruflichen</u> Rehabilitation eingeleitet oder durchgeführt?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>S</p> <p>156</p> <p>157</p> <p>158</p> <p>159</p>
<p><b>33. Waren Sie nach Abschluss der Rehabilitation so krank, dass Sie Ihre normale Tätigkeit (z. B. im Beruf oder im Haushalt) nicht ausüben konnten?</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1    Ja <input type="checkbox"/> 2    →    und zwar etwa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>	<p>S</p> <p>160/ 161</p>

<p><b>34. Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den <u>vergangenen vier Wochen</u> in den Bereichen Beruf und Freizeit?</b></p> <p>Ist es sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die "0" an. Ist es sehr gut gewesen, kreuzen Sie die "10" an; sonst wählen Sie bitte <b>ein</b> entsprechendes Kästchen dazwischen.</p> <p><b>Mein Leistungsvermögen ist im Bereich ...</b></p> <p><b>Beruf</b>  <b>sehr schlecht</b> [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] <b>sehr gut</b></p> <p><b>Freizeit</b>  <b>sehr schlecht</b> [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] <b>sehr gut</b></p>	<p>S</p> <p>162</p> <p>163</p>
---	--------------------------------

<p><b>35. Wie beurteilen Sie diese letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?</b></p> <p><b>sehr schlecht</b> [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] <b>ausgezeichnet</b></p>	<p>S</p> <p>164</p>
---	---------------------

## VII. Fragen zur Person

<p><b>36. Ihr Geschlecht?</b></p> <p>Weiblich..... <input type="checkbox"/> 1    Männlich..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>S</p> <p>165</p>
---	---------------------

<p><b>Ihr Alter?.....</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p>	<p>S</p> <p>166</p>
---	---------------------

<p><b>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</b></p> <p>Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife)..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ich habe die Fachhochschulreife..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule)..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Ich habe einen anderen Schulabschluss..... <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>S</p> <p>167</p>
--	---------------------

<p><b>37. Tragen Sie bitte noch das heutige Datum ein:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">T T    M M    J J J J</p>	<p>S</p> <p>168</p>
---	---------------------

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.**

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

**Bitte fügen Sie die unterschiedene Einwilligungserklärung unbedingt bei!**