

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	

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

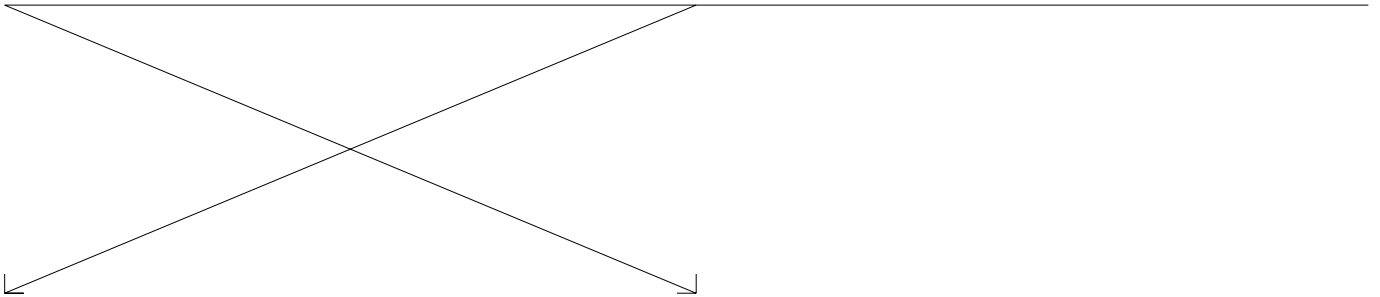
Ich bin nicht einverstanden

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

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:

Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:					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 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:

Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?					P
Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2					68
Falls ja, haben sich diese ...					
stark gebessert?.....	<input type="checkbox"/>	1			69
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:

Ihr Alter?.....	5 2	Jahre	P 162
-----------------	-------	-------	----------

REHA-QUALITÄTSSICHERUNGSPROGRAMM DER
GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

PROGRAMMPUNKT 4: PATIENTENBEFRAGUNG

**FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER
REHABILITATION**

I. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

<p>1. Wie viele Wochen sind seit Ihrer Entlassung aus der Rehabilitationsklinik vergangen?</p> <p style="margin-left: 40px;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Wochen</p> <p>Wie viele Wochen hat diese letzte Rehabilitation gedauert?</p> <p style="margin-left: 40px;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Wochen</p> <p>Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation?</p> <p style="margin-left: 20px;">Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Falls ja, wie oft? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal</p>	<p>P</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3/4</p>															
<p>2. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:</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>P</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												
<p>3. Wie haben Sie die Behandlung in der Klinik beendet?</p> <p style="margin-left: 20px;">Planmäßig / regulär (dazu gehören auch Verlängerungen)..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="margin-left: 20px;">Vorzeitig auf Veranlassung der Klinik..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 20px;">Vorzeitig auf eigenen Wunsch / Abbruch der Behandlung..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>P</p> <p>6</p>															

II. Fragen zum Klinikaufenthalt

<p>4. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></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> <th style="width: 10%;"></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> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">7</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> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">8</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> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">9</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> <td></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"/>	7	Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	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"/>	9		1	2	3	4	5		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"/>	7																														
Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8																														
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"/>	9																														
	1	2	3	4	5																															
<p>5. Betreuung durch die Pflegekräfte (z. B. Schwestern / Pfleger)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></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> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.....</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: center; vertical-align: middle;">10</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		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"/>	10	P																					
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu																															
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"/>	10																														
<p>6. Psychotherapeutische Betreuung</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></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> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich hatte Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten.....</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: center; vertical-align: middle;">11</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 hatte Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	P																					
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu																															
Ich hatte Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11																														

7. Behandlungen und Maßnahmen

P

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

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen. Wenn Sie z. B. an der Gruppentherapie teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik "**teilgenommen**" "**Ja**" an. War diese Therapie **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik "**Urteil**" das ganz **linke Kästchen** an; war sie **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.

Haben Sie z. B. nicht an der Gruppentherapie teilgenommen, kreuzen Sie nur unter der Rubrik "**teilgenommen**" "**Nein**" an.

	teilgenommen?		→	falls ja, Urteil:					
	Nein	Ja		sehr schlecht				sehr gut	
Gruppentherapie.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12/13
Einzelgespräche.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14/15
Familien- / Paargespräche.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16/17
Partner- / Angehörigenseminar.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18/19
Arbeitstherapie.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20/21
Sozial- und Berufsberatung (Schuldnerberatung, Umschulungen).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22/23
Training geistiger Fertigkeiten (Hirnleistungstraining, Lese- / Schreibübungen).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24/25
Training sozialer Fertigkeiten (Bewerbungstraining, Training sozialer Kompetenz, Stressbewältigung).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26/27
Entspannungstherapien (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28/29
Kreativtherapien (z. B. Kunst- / Musiktherapie).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30/31
Körperorientierte Therapien (z. B. Tanztherapie).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32/33
Beschäftigungs- / Ergotherapie (z. B. mit Stoff, Ton, Speckstein).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34/35
Sport- und Bewegungstherapie.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36/37
		1 2		1	2	3	4	5	

7. Behandlungen und Maßnahmen (Fortsetzung)						P	
An welchen der folgenden Behandlungen und Maßnahmen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?							
	teilgenommen?		falls ja, Urteil:				
			sehr schlecht			sehr gut	
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankengymnastik (einzeln / in der Gruppe).....							38/39
Physikalische Anwendungen (z. B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....							40/41
Massagen.....							42/43
Gesundheitsbildung / -training.....							44/45
Lehrküche.....							46/47
Schulungen (z. B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruck- messen, Nichtrauchertraining, Umgang mit Medikamenten).....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48/49
			1	2	3	4	5

8. Rehabilitationsplan und -ziele						P
In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen:						
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"/>		50
1	2	3	4	5		
In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen:						
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"/>		51
1	2	3	4	5		

9. Organisation					P
Wie beurteilen Sie die Organisation der Abläufe in der Klinik?					
sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
1	2	3	4	5	
Die Therapeutinnen / Therapeuten haben zu häufig gewechselt:					
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"/>	53
1	2	3	4	5	

10. Nach der Rehabilitation			P
Haben Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen für die folgenden Bereiche erhalten?			
Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!			
	Nein	Ja	
Für den beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
Für den häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
Für den Freizeitbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
	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!			
	Nein	Ja	
Im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
Im häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
Im Freizeitbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
	1	2	

Ich habe bereits während des Klinikaufenthaltes Kontakt mit weiterbehandelnden Einrichtungen (z. B. Adaption, betreutes Wohnen, Beratungsstelle) aufnehmen können:		P
Nein	<input type="checkbox"/> 1	60
Ja	<input type="checkbox"/> 2	

Über die Möglichkeit, wie ich am Wohnort an Nachsorgeprogrammen (z. B. Selbsthilfegruppe, Nachsorgeangebote der Beratungsstelle, ambulante Psychotherapie) teilnehmen kann, bin ich ausführlich informiert worden:

Nein 1

Ja 2

Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z. B. Nachsorgegruppe in Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, ambulante Psychotherapie) teilgenommen?

Nein 1

Noch nicht, aber fest vorgenommen..... 2

Ja, regelmäßig einmal pro Woche oder öfter 3

Ja, weniger als einmal pro Woche..... 4

Seltener bzw. unregelmäßig 5

P

61

62

III. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden

11. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation denken - hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?

P

Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Rehabilitation ...

- stark gebessert..... 1
- etwas gebessert..... 2
- nicht verändert..... 3
- etwas verschlechtert..... 4
- stark verschlechtert..... 5

63

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

P

Erschöpfung und Müdigkeit

waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Nein 1 Ja 2

Falls ja, haben sich diese ...

- stark gebessert?..... 1
- etwas gebessert?..... 2
- nicht verändert?..... 3
- etwas verschlechtert?..... 4
- stark verschlechtert?..... 5

64

65

13. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Nervosität und Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

P

Nervosität und Niedergeschlagenheit

waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Nein 1 Ja 2

Falls ja, haben sich diese ...

- stark gebessert?..... 1
- etwas gebessert?..... 2
- nicht verändert?..... 3
- etwas verschlechtert?..... 4
- stark verschlechtert?..... 5

66

67

14. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert? P

Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein 1 Ja 2 68

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		

15. Wenn Sie jetzt an die im folgenden genannten Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert? P

➔ Bitte beachten Sie vor dem Ankreuzen:

Wenn Sie mit den im Folgenden genannten Beschwerden vor der Rehabilitation kein Problem hatten, kreuzen Sie bitte in jeder 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:		
Ohnmachts- oder Schwindelgefühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70/71
Herz- und Brustschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72/73
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74/75
Schwierigkeiten beim Atmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76/77
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78/79
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80/81
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82/83
	1	2	3	4	

16. Wenn Sie jetzt an die im Folgenden genannten Gefühle, Gedanken oder Ängste denken, wie Sie sie vor der Rehabilitation empfanden - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

P

➔ Bitte beachten Sie vor dem Ankreuzen:

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

Hatten Sie jedoch vor der Rehabilitation mit folgenden Gefühlen, Gedanken oder Ängsten ein Problem, so kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile **nur** das Kästchen an, das der Veränderung am ehesten entspricht.

	Folgende Gefühle, Gedanken oder Ängste waren vor der Rehabilitation <u>kein</u> Problem:				↓	Folgende Gefühle, Gedanken oder Ängste haben sich durch die Rehabilitation				
						gebessert:	nicht verändert:	verschlechtert:		
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen.....	<input type="checkbox"/>	<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
Das Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können.....	<input type="checkbox"/>	<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
Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen.....	<input type="checkbox"/>	<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
Starke Befangenheit im Umgang mit anderen.....	<input type="checkbox"/>	<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
Gedanken, sich das Leben zu nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<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
Einsamkeitsgefühle.....	<input type="checkbox"/>	<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
Schwermut.....	<input type="checkbox"/>	<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
Das Gefühl, sich für nichts zu interessieren.....	<input type="checkbox"/>	<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
Ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft.....	<input type="checkbox"/>	<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, wertlos zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<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
Nervosität oder inneres Zittern	<input type="checkbox"/>	<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
Plötzliches Erschrecken ohne Grund.....	<input type="checkbox"/>	<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					

16. (Fortsetzung)

P

Wenn Sie jetzt an die im Folgenden genannten Gefühle, Gedanken oder Ängste denken, wie Sie sie vor der Rehabilitation empfanden - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

	Folgende Gefühle, Gedanken oder Ängste waren vor der Rehabilitation <u>kein</u> Problem:				↓	Folgende Gefühle, Gedanken oder Ängste haben sich durch die Rehabilitation				
						gebessert:	nicht verändert:	verschlechtert:		
	1	2	3	4						
Furchtsamkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108/ 109
Das Gefühl, angespannt oder aufgeregt zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110/ 111
Schreck- und Panikanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112/ 113
So starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114/ 115
Das Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116/ 117
Gefühlsausbrüche, gegenüber denen Sie sich machtlos fühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118/ 119
Der Drang, jemanden zu schlagen oder zu verletzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120/ 121
Der Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122/ 123

IV. Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag

<p>17. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Kontakte zu anderen Menschen <u>vor der Rehabilitation</u> denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</p> <p>Kontakte zu anderen Menschen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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 124 125
<p>18. 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?</p> <p>Körperliche Probleme und deren Auswirkungen auf berufliche und häusliche Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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 126 127

<p>19. 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?</p> <p>Seelische Probleme und deren Auswirkungen auf berufliche und häusliche Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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>P</p> <p>128</p> <p>129</p>
---	--------------------------------

<p>20. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten im Beruf und in der Freizeit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?</p> <p>Gesundheitliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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>P</p> <p>130</p> <p>131</p>
--	--------------------------------

<p>Gesundheitliche Einschränkungen im Beruf waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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>P</p> <p>132</p> <p>133</p>
---	--------------------------------

<p>Gesundheitliche Einschränkungen in der <u>Freizeit</u> waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</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>P 134</p> <p>135</p>
---	-----------------------------

<p>21. Bitte tragen Sie hier Ihr Gewicht ein, das Sie <u>vor der Rehabilitation</u> hatten:</p> <p>ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>Bitte tragen Sie hier Ihr <u>augenblickliches</u> Gewicht und Ihre Größe ein:</p> <p>ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p>	<p>P 136</p> <p>137</p> <p>138</p>
---	--

V. Lebensgewohnheiten

<p>22. Jetzt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten stellen, z. B. zum Rauchen: (Falls Sie nicht rauchen, keinen Alkohol trinken oder keine Medikamente nehmen, kreuzen Sie bitte "entfällt" an.)</p> <p>Hat sich Ihr Konsum von Zigaretten durch die Rehabilitation verändert?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>mehr geworden</td> <td>gleich geblieben</td> <td>weniger geworden</td> <td>entfällt</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Der Konsum ist ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> </table> <p>Hat sich Ihr Konsum von Alkohol durch die Rehabilitation verändert?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>mehr geworden</td> <td>gleich geblieben</td> <td>weniger geworden</td> <td>entfällt</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Der Konsum ist ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> </table> <p>Hat sich Ihr Konsum von Medikamenten durch die Rehabilitation verändert?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Er ist bei ...</td> <td>mehr geworden</td> <td>gleich geblieben</td> <td>weniger geworden</td> <td>entfällt</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmitteln.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmitteln.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Schlafmitteln.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aufputzmitteln.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> </table>		mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt		Der Konsum ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1	2	3	4			mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt		Der Konsum ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1	2	3	4		Er ist bei ...	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt		Schmerzmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Beruhigungsmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Schlafmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aufputzmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1	2	3	4		<p>P 139</p> <p>140</p> <p>141</p> <p>142</p> <p>143</p> <p>144</p>
	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt																																																																					
Der Konsum ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
	1	2	3	4																																																																					
	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt																																																																					
Der Konsum ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
	1	2	3	4																																																																					
Er ist bei ...	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	entfällt																																																																					
Schmerzmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Beruhigungsmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Schlafmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Aufputzmitteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
	1	2	3	4																																																																					

**Die folgende Frage 23 gilt nur für Patientinnen und Patienten, die
in Suchteinrichtungen behandelt wurden**

23. Wie beschreiben Sie selbst in den vergangenen vier Wochen Ihren Umgang mit Suchtmitteln?

Nur **eine** Antwort ist möglich!

- Kein Suchtmittelkonsum mehr..... 1
- Nur gelegentlicher Konsum..... 2
- Täglicher / fast täglicher Konsum..... 3
- Täglicher mehrmaliger Konsum..... 4

P

145

VI. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente

24. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?

Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

- Berufstätig..... 1 mit Stunden pro Woche
- Arbeitslos gemeldet..... 2
- Hausfrau / Hausmann..... 3
- Rentnerin / Rentner, im Vorruhestand,
Pensionärin / Pensionär..... 4
- Anderes..... 5

P

146/
147

Ich bin zurzeit:

- Arbeitsfähig..... 1
- Arbeitsunfähig (krankgeschrieben)..... 2

P

148

Wenn Sie arbeitsunfähig (krankgeschrieben) sind, weshalb?

- Wegen des für die letzte Rehabilitation wichtigsten Leidens..... 1
- Wegen einer anderen Erkrankung..... 2

149

<p>Wenn Sie berufstätig sind oder arbeitslos gemeldet sind:</p> <p>Haben Sie während Ihrer Rehabilitation an einer Arbeitstherapie oder Belastungserprobung teilgenommen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>P</p> <p>150</p>
<p>Ist während Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Falls mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden ist, hat die ärztliche Beurteilung Ihrer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit mit Ihrer eigenen Einschätzung übereingestimmt?</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..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>voll und ganz..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>weiß ich nicht..... <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>P</p> <p>151</p> <p>152</p>
<p>Haben Sie in der Rehabilitation ein Gespräch mit einer / einem Fachberaterin / Fachberater (Sozialberaterin / Sozialberater) über Ihre berufliche Zukunft geführt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>P</p> <p>153</p>
<p>25. Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Haben Sie nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Wurden für Sie nach der letzten Rehabilitation Maßnahmen zur <u>beruflichen</u> Rehabilitation eingeleitet oder durchgeführt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>P</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p>

<p>26. Waren Sie nach Abschluss der Rehabilitation so krank, dass Sie Ihre normale Tätigkeit (z. B. im Beruf oder im Haushalt) nicht ausüben konnten?</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>P</p> <p>158/ 159</p>
---	------------------------------

<p>27. Wie beurteilen Sie diese letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?</p> <p>Ist sie sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die "0" an. Ist sie ausgezeichnet gewesen, kreuzen Sie die "10" an; sonst wählen Sie bitte <u>ein</u> entsprechendes Kästchen dazwischen.</p> <p>sehr schlecht [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] ausgezeichnet</p>	<p>P</p> <p>160</p>
--	---------------------

VII. Fragen zur Person

<p>28. Ihr Geschlecht?</p> <p>Weiblich..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Männlich..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>P</p> <p>161</p>
---	---------------------

<p>Ihr Alter?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p>	<p>P</p> <p>162</p>
---	---------------------

<p>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</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>P</p> <p>163</p>
--	---------------------

<p>29. Tragen Sie bitte noch das heutige Datum ein: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">T T M M J J J J</p>	<p>P</p> <p>164</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 unterschriebene Einwilligungserklärung unbedingt bei!