



ARZTBOGEN

**ZUR AUSWAHL VON REHABILITATIONSZIELEN UND
ZUR ERGEBNISMESSUNG**

MUSKULOSKELETALE ERKRANKUNGEN

**ABTEILUNG FÜR
QUALITÄTSMANAGEMENT UND SOZIALMEDIZIN (AQMS)
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG I. BR.**

QS-Reha MSK 10/2004



BITTE BEI REHA-BEGINN AUSFÜLLEN (S.2-6):Bitte leserlich in Blockschrift & genau in die Kästchen schreiben!**1. ALLGEMEINE ANGABEN**

2 **Alter:** Jahre 3 **Geschlecht:** männlich weiblich

4 **Aufnahmedatum:** . . 200

5 **Art der Maßnahme:** AR / AHB allg. Reha / HV sonstige

6 **Kostenträger:** GKV BfA private KV
 LVA sonstige

7 **Rentner:** ja nein

8 **Rentenantrag gestellt:** ja nein

9 **Arbeitsunfähigkeit (AU) bei Aufnahme:** ja nein

10 **wenn ja, wie lange:** seit Tagen

11 **AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten:** Tage ▲

Fallgruppen Muskuloskeletale Erkrankungen**Falls AR / AHB, bitte Folgendes angeben:**

		Schweregrad			Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)
M1	<input type="checkbox"/> Z.n. Hüft-OP	⇒ <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M2	<input type="checkbox"/> Z.n. Knie-OP.....	⇒ <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M3	<input type="checkbox"/> Z.n. Wirbels.-OP ...	⇒ <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M4	<input type="checkbox"/> Z.n. Schulter-OP ...	⇒ <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M5	<input type="checkbox"/> Sonstige OP:	⇒ <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Falls nicht AR/ AHB, bitte Schweregrad der Haupterkrankung angeben:

M6 leicht mittel schwer

2. REHA-DIAGNOSEN

Diagnosen <i>Bitte in jedem Fall die ICD-10 Codierung angeben!</i>	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM z.B.: F 43.91 <i>Bitte leserlich in <u>Blockschrift</u> & genau <u>in die Kästchen</u> schreiben!</i>	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits	Diagnosezusätze		
			Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	Behandlungsergebnis 0 = 1-3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert	
14 1.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
15 2.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
16 3.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
17 4.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
18 5.	<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"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 Komorbiditätsscore (KoMo-Score, AQMS)

Geben Sie bitte bezüglich jeder der 14 aufgeführten Begleiterkrankungen an, **ob Sie beim Patienten vorhanden ist**, und **wenn ja, wie schwer** Sie sie einstufen (**linker Spaltenblock**). Falls eine der Begleiterkrankungen vorhanden ist, geben Sie bitte auch an, wie **stark der Patient** Ihrer Einschätzung nach durch die jeweilige Erkrankung hinsichtlich seiner Aktivitäten bzw. der Partizipation (Teilhabe) im Sinne der ICF **eingeschränkt ist** (**rechter Spaltenblock**).

Bitte bearbeiten Sie jede Zeile (= jede Erkrankung), in dem Sie das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dies gilt auch für den Fall, dass eine dort aufgeführte Begleiterkrankung beim jeweiligen Patienten die Haupterkrankung abbildet (z.B. „Herzinfarkt“ bei einem kardiologischen Patienten). ◆

	Vorhanden ?				Wenn „ja“ bei „Vorhanden“: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?			
	Nein	Ja			Nein	Ja		
		leicht	mittel	schwer		leicht	mittel	schwer
30 Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Herzinfarkt (in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Periphäre vaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Erkrankung der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Gastrointestinale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Erkrankung der Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Muskuloskeletale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Onkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Depressivität, Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE BEI REHA-BEGINN UND BEI REHA-ENDE AUSFÜLLEN (S.6):

4. REHABILITATIONS-ZIELE ◆

Bitte wählen Sie bei **Reha-Beginn** aus der folgenden Liste möglicher Rehabilitationsziele ca. **3 - 7 Ziele** aus und beurteilen Sie **bezüglich dieser ausgewählten Ziele** bei **Reha-Ende** die Veränderung gegenüber dem Zustand bei Aufnahme (von **1 = sehr deutliche Verbesserung** bis **7 = sehr deutliche Verschlechterung**).

Bereiche	Bei Reha- Beginn ausfüllen:		Bei Reha-Ende ausfüllen:							
	Ziel?		Falls ja: Veränderung bei Reha-Ende							
	ja	nein	Sehr deutliche Verbesserung 1	2	3	unverändert 4	5	6	Sehr deutliche Verschlechterung 7	
44 Herz-Kreislauf-Symptome	<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"/>	<input type="checkbox"/>
45 Symptome des Bewegungsapparats	<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"/>	<input type="checkbox"/>
46 Schmerzhäufigkeit und -intensität	<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"/>	<input type="checkbox"/>
47 Beeinträchtigung durch Schmerzen	<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"/>	<input type="checkbox"/>
48 Alltagsaktivitäten	<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"/>	<input type="checkbox"/>
49 Mobilität (i. S. von „sich effektiv in der Alltagsumgebung fortbewegen“)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
50 Funktionsfähigkeit im Beruf	<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"/>	<input type="checkbox"/>
51 Depressivität *	<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"/>	<input type="checkbox"/>
52 Ängstlichkeit	<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"/>	<input type="checkbox"/>
53 Vitale Erschöpfung	<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"/>	<input type="checkbox"/>
54 Selbstwertgefühl	<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"/>	<input type="checkbox"/>
55 Kognitive Leistungsfähigkeit	<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"/>	<input type="checkbox"/>
56 Familiäre Beziehungen	<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"/>	<input type="checkbox"/>
57 Allgemeine soziale Integration	<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"/>	<input type="checkbox"/>
58 Krankheitsinformation	<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"/>	<input type="checkbox"/>
59 Umsetzung des Wissens über die Erkrankung	<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"/>	<input type="checkbox"/>
60 Krankheitsbewältigung	<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"/>	<input type="checkbox"/>
61 Allgemeine Lebensbewältigung	<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"/>	<input type="checkbox"/>
62 Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/ Hilfsmittelbenutzung	<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"/>	<input type="checkbox"/>
63 Therapiefolgestörungen	<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"/>	<input type="checkbox"/>



BITTE BEI REHA-ENDE AUSFÜLLEN (S.7-8):



6. ALLGEMEINE ANGABEN

64 Entlassdatum: . . 200 Dauer der Reha-Maßnahme insgesamt (Tage):



7. ARBEITS-/LEISTUNGSFÄHIGKEIT
Nur bei erwerbstätigen Pat.

65 Arbeitsfähig bei Entlassung: ja nein

66 Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

67 Beurteilung des zeitlichen Umfangs, indem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden



Ab hier bitte wieder für alle Patienten ausfüllen!

8. EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. BEI REHA-ENDE

68 **8.1 Reha-Motivation:** sehr hoch keine

69 **8.2 Subjektive Angaben versus objektive Befunde:**
 dissimuliert adäquat aggraviert

8.3 Gesundheitszustand:

Die folgenden numerischen Rating-Skalen sind graduiert wie Schulnoten (d.h. 1 = keine Beeinträchtigung/ gesund; 6 = maximale Beeinträchtigung/ krank). Bitte kreuzen Sie das Ihrer Einschätzung entsprechende Kästchen an.

70 Somatische Gesundheit	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Schmerzen	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Funktionsfähigkeit im Alltag	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 Funktionsfähigkeit im Beruf	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 Psychisches Befinden	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 Soziale Integration	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 Gesundheitsverhalten	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 Krankheitsbewältigung	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine Beeinträchtigung			maximale Beeinträchtigung		

78 **9. Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt ?**

(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)

sehr schlecht ausgezeichnet
 0 5 10

BITTE NUR AUSFÜLLEN, FALLS PAT. WÄHREND DER STUDIE ZUM DROP-OUT WIRD:

79 **10. Gründe für die Nichtteilnahme im Studienverlauf (Mehrfachnennungen möglich):**

Pat. verweigert die weitere Studienteilnahme Abbruch der Maßnahme Verlegung anderes.....

80 **KOMMENTARE:**
