

+

Reha-Beginn

*

Indikatoren des Reha-Status – - KURZVERSION (IRES-24)

Angehörigen-Version

◆

Fragebogen

***Gesundheit
in Beruf und Alltagsleben***



Alle Rechte der Fragebogengestaltung:
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg
79106 Freiburg

1. Wie häufig hat sich Ihr Angehöriger in der letzten Zeit über Schmerzen beklagt?

1

So gut wie nie

1

Selten

2

Manchmal

3

Ziemlich oft

4

Meistens

5

Immer

6

2. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Ihr Angehöriger in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten hat.

2

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ihr Angehöriger klagte über Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...

Stark

Ziemlich

Mäßig

Ein wenig

Gar nicht

Weiß nicht

... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke

3

... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum

4

1

2

3

4

5

6

3. Wie stark hat Ihr Angehöriger in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ihr Angehöriger klagte über Muskel- oder Gelenkschmerzen ...

Stark

Ziemlich

Mäßig

Ein wenig

Gar nicht

Weiß nicht

... beim Aufstehen nach längerem Sitzen

5

... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.

6

... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen

7

1

2

3

4

5

6



4. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl, dass Ihr Angehöriger...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meiste ns	Ziem- lich oft	Manch mal	Selten	Nie	Weiß nicht	
... er/sie sich zu nichts entschließen konnte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
... ihr/ihm nichts mehr Spaß gemacht hat? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
... nichts so lief, wie er/sie es eigentlich wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
... völlig erschöpft ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
... lustloser als früher ist?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
... wie eine Batterie ist, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Mein/e Angehörige/r wirkte innerlich angespannt und nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Es fiel ihr/ihm schwer, sich zu beruhigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	1	2	3	4	5	6	

5. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Ihr Angehöriger in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatte, Folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmög lich	Große Schwie- rig- keiten	Mäßige Schwie- rig- keiten	Geringe Schwie- rig- keiten	Ohne Schwie- rig- keiten	Weiß nicht	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	1	2	3	4	5	6	

+

*



6. Wie stark leidet Ihr Angehöriger zurzeit unter folgenden Beeinträchtigungen?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	Weiß nicht	
Probleme beim Schlucken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Probleme beim Sprechen (z.B. Aussprache, Wortfindungen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Weinen (z.B. Er/sie weint schneller als sonst./ Wenn er/sie etwas tut, weint er/sie leicht.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Lähmungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Missempfindungen (z.B. Taubheit, Überempfindlichkeit, Kribbeln der Haut).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Merkstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Leichte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
	1	2	3	4	5	6	



7. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benötigt Ihr Angehöriger Hilfe?¹

... beim **Essen und Trinken?**

- 0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen
- 5 benötigt Unterstützung, z.B. beim Zurechtschneiden des Essens
- 10 benötigt keine Hilfe

34

... beim **Umsetzen** aus einem Stuhl ins Bett und zurück?

- 0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen
- 5 benötigt Unterstützung
- 15 benötigt keine Hilfe

35

... bei der **Körperpflege** (z.B. Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)?

- 0 benötigt Hilfe
- 5 benötigt keine Hilfe

36

... bei der **Toilettenbenutzung** (z.B. beim An- und Auskleiden, der Körperreinigung und Wasserspülung)?

- 0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen
- 5 benötigt Unterstützung
- 10 benötigt keine Hilfe

37

... beim **Baden oder Duschen?**

- 0 Benötigt Hilfe
- 5 benötigt keine Hilfe

Benutzt Ihr Angehöriger einen Rollstuhl?

38

1 nein

2 ja



↓ (Bitte beantworten Sie folgende Frage!)

↓ (Bitte beantworten Sie folgende Frage!)

Benötigen er/sie Hilfe beim Gehen auf ebenen Grund?

Benötigt er/sie Hilfe bei der Benutzung ihres Rollstuhls, um sich auf ebene Grund fortzubewegen?

39

- 0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen
- 10 benötigt Unterstützung
- 15 nein, kann sich selbständig bewegen

- 0 benötigt Hilfe
- 5 nein, kann sich selbständig mit dem Rollstuhl bewegen

¹ In Anlehnung an Barthel-Index.



Benötigen Ihr Angehöriger Hilfe

...beim **Treppen** auf- oder absteigen?

0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen

5 benötigt Unterstützung

10 benötigt keine Hilfe

...beim **An- und Ausziehen**
(einschließlich Schuhe binden und Knöpfe schließen)

0 vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen

5 benötigt Unterstützung

10 benötigt keine Hilfe

Hat Ihr Angehöriger Kontrolle über
seinen/ihren **Stuhlgang**?

0 nein

5 gelegentliche Abgänge

10 ja

Kann Ihr Angehöriger das
Wasserlassen kontrollieren?

0 nein

5 gelegentliche Abgänge

10 ja

40

41

42

43



Angaben zur Person des Angehörigen

8. Wegen welcher Krankheit ist Ihr Angehöriger hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

44

9. Wie viel wiegt Ihr Angehöriger ohne Bekleidung?

Kilogramm

45

10. Wie groß ist Ihr Angehöriger?

Zentimeter

46

11. Wie alt ist Ihr Angehöriger?

47

 Jahre

12. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

48

Männlich

1

Weiblich

2

13. Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Angehöriger?

49

Deutsch

1

Andere

2

14. Welchen höchsten Schulabschluss hat Ihr Angehöriger?

50

- Volksschul- oder Hauptschulabschluss 1
- Mittlere Reife, Realschulabschluss 2
- Polytechnische Oberschule 3
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) 4
- Abitur / Hochschulreife 5
- Keinen Schulabschluss 6
- Anderen Schulabschluss, nämlich: _____ 7
- Weiß nicht 8



15. Erwerbstätigkeit und Rente

51

Welche der folgenden Angaben trifft auf die derzeitige Situation Ihres Angehörigen zu?

- Rentner/in, im Vorruhestand, Pensionär/in 1
- Hausfrau/Hausmann 2
- Berufstätig mit _____ Stunden pro Woche .. 3
- Berufstätig, aber zur Zeit krank geschrieben 4
- Arbeitslos 5
- Anderes, nämlich _____ 6



Und nun noch einige Fragen an Sie:

16. Wie gut sind Sie Ihrer Meinung nach über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten Ihres Angehörigen informiert?

52

Sehr gut

Gut

Zufrieden-
stellend

Weniger gut

Schlecht

Sehr schlecht

1

2

3

4

5

6



17. In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Angehörigen?

53

1 Ehemann/-frau

2 Lebensgefährte/in

3 Verlobte/r

4 Mutter/Vater

5 Tochter/Sohn

6 Schwester/Bruder

7 Tante/Onkel

8 Großmutter/-vater

9 Nichte/Neffe

10 Cousin/e

11 Freund/in

12 Gesetzliche/r Betreuer/in

13 Anderes, nämlich:

18. Sie sind...

54

1

männlich

2

weiblich





Und nun noch einige Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens:

19. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

55

Anregend,
aufschlussreich

1

Ziemlich
langweilig

2

Eher lästig

3

Richtig
unangenehm

4

20. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

56

Etwa Minuten

Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Rehabilitationsaufenthalt Ihres Angehörigen oder aber zum Inhalt des Fragebogens haben, können das jetzt gerne tun. Bitte nutzen Sie die folgenden Zeilen für Ihre Anmerkungen.

57

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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

