

ID-Nr.: \_\_\_\_\_

# **ARZT-/THERAPEUTENBOGEN**

## **ZUR AUSWAHL VON THERAPIEZIELEN UND ZUR ERGEBNISMESSUNG**

### **-NEUROLOGIE-**

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

**BITTE BEI AUFNAHME AUSFÜLLEN:**

**1. ALLGEMEINE ANGABEN**

2	<b>Alter:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre	3	<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
4	<b>Datum Reha-Beginn:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . 200	<input type="text"/>				
5	<b>Art der Maßnahme:</b>	<input type="checkbox"/> AR / AHB	<input type="checkbox"/> allg. Reha / HV	<input type="checkbox"/> sonstige			
6	<b>Kostenträger:</b>	<input type="checkbox"/> GKV	<input type="checkbox"/> BfA	<input type="checkbox"/> private KV	<input type="checkbox"/> LVA	<input type="checkbox"/> sonstige	
7	<b>Rentner:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
8	<b>Rentenantrag gestellt:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
9	<b>Arbeitsunfähigkeit (AU) bei Aufnahme:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
10		<b>wenn ja, wie lange:</b>		seit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tagen	
11	<b>AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tage				

**EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZU REHA-BEGINN**

<b>Reha-Motivation:</b>	sehr hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine
<b>Chronifizierung der Haupterkrankung: (Jahre) ca.</b>	<input type="checkbox"/> < 1 J.	<input type="checkbox"/> 1-2 J.	<input type="checkbox"/> 3-5 J.	<input type="checkbox"/> 5-10 J.	<input type="checkbox"/> > 10 Jahre			
	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Akutereignis						

## REHA-DIAGNOSEN

<b>Diagnosen</b> <i>Neben der Hauptdiagnose werden hier alle Krankheitsfolgen, die mit ICD-10 abbildbar sind, sowie alle reharelevanten Nebendiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung dargestellt (s. Instruktion zum Arztbogen).</i>	<b>Diagnosenschlüssel</b>	<b>Diagnosezusätze</b>		
	<b>ICD-10-GM</b>  <i>Bitte leserlich in <u>Blockschrift</u> &amp; genau <u>in die Kästchen</u> schreiben!</i>	<b>Seitenlokalisation</b>  <b>R</b> = rechts <b>L</b> = links <b>B</b> = beidseits	<b>Diagnosesicherheit</b>  <b>A</b> = Ausgeschl. Diagnose <b>V</b> = Verdachtsdiagnose <b>Z</b> = Zustand nach <b>G</b> = Gesicherte Diagnose	<b>Behandlungsergebnis</b>  <b>0</b> = 1-3 trifft nicht zu <b>1</b> = gebessert <b>2</b> = unverändert <b>3</b> = verschlechtert
14 1.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
15 2.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
16 3.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
17 4.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
18 5.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

## 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). ★

					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"/>	
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"/>	
32	Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	Periphere vaskuläre Erkrankung	<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"/>	
35	Gastrointestinale Erkrankung	<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"/>	
37	Nierenerkrankung	<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"/>	
39	Muskuloskeletale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	Neurologische Erkran- kung (z.B. Schlaganfall)	<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"/>	
42	Depressivität, Ängstlichkeit	<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"/>	

## Rehabilitations-Ziele - Bitte bei Reha-Beginn und bei Reha-Ende ausfüllen

Bitte wählen Sie bei Reha-Beginn aus der folgenden Liste ca. 3 - 7 Ziele aus und beurteilen Sie bezüglich dieser 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	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"/>

## BARTHEL-INDEX (BI)

Bereich	Skalierung	Reha- Beginn	Reha- Ende
		Punkte	Punkte
Essen und Trinken	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung (wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)		
	10 = selbständig		
Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und zurück (einschließlich aufrechtes Sitzen im Bett)	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	15 = selbständig		
Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	0 = mit Hilfe		
	5 = selbständig		
Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	10 = selbständig		
Baden/Duschen	0 = mit Hilfe		
	5 = selbständig		
Gehen auf ebenem Grund (>50m)	0 = nicht möglich		
	10 = mit Unterstützung		
	15 = selbständig		
<i>bei Rollstuhlbenutzung</i> Fortbewegung auf ebenen Grund (>50m)	0 = mit Hilfe		
	5 = selbständig		
Treppen auf/absteigen	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	10 = selbständig		
An-/Ausziehen (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	10 = selbständig		
Stuhlkontrolle	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	10 = selbständig		
Harnkontrolle	0 = nicht möglich		
	5 = mit Unterstützung		
	10 = selbständig		
<b>SUMME</b> (Minimum –0, Maximum 100 Punkte)			

## ZUSATZ AUS DEM ERWEITERERTEN BARTHEL-INDEX (EBI)

Bereich	Skalierung	Reha- Beginn	Reha- Ende
		Punkte	Punkte
Verstehen	0 = nicht möglich		
	1 = versteht einfache Instruktionen		
	3 = versteht komplexe Sachverhalte		
	4 = normales Verstehen		
Verständlichkeit	0 = kann sich nie oder fast nie verständlich machen		
	1 = kann nur einfache alltägliche Sachverhalte ausdrücken		
	3 = kann sich praktisch über alles verständlich machen, jedoch nur mit Hilfsmittel (z.B. Geschriebenes, Kommunikator)		
	4 = kann sich ohne Hilfsmittel über praktisch alles verständlich machen		
Soziale Interaktion	0 = immer/fast immer unkooperativ		
	2 = gelegentlich unkooperativ		
	4 = normale soz. Interaktion		
Problemlösen (im Alltag ) (z.B. Aufstehen aus Rollstuhl, Anpassung an veränderten Tagesablauf, Einhalten von Terminen, Medikamenteneinnahme (ohne motor. Behinderung))	0 = benötigt erhebliche Hilfestellung		
	2 = benötigt geringe Hilfestellung		
	4 = benötigt keinerlei Hilfestellung		
Gedächtnis/Lernfähigkeit/Orientierung	0 = desorientiert/verwirrt/ Weglauftendenz		
	1 = desorientiert/verwirrt/keine Weglauftendenz		
	2 = muss häufig erinnert werden		
	4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung		
Sehen/Neglect	0 = findet sich aufgrund der Sehstörung auch in bekannter Umgebung nicht zurecht		
	1 = findet sich nur in unbekannter Umgebung nicht zurecht		
	3 = schwere Lesestörung, findet sich in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht oder benötigt für gute Leseleistungen spez. Hilfsmittel		
	4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung		
<b>SUMME (Minimum –0, Maximum 24 Punkte)</b>			

## FUNKTIONALE SELBSTÄNDIGKEITSMESSUNG (FIM)

<b>Funktionsstufen</b>		
1 = völlige Unselbständigkeit 2 = ausgeprägte Hilfestellung 3 = mäßige Hilfestellung 4 = Kontakthilfe 5 = Beaufsichtigung/Vorbereitung 6 = eingeschränkte Selbständigkeit 7 = völlige Selbständigkeit		
<b>Bereich</b>	<b>Reha-Beginn Punkte</b>	<b>Reha-Ende Punkte</b>
<b>Selbstversorgung</b>		
Essen/Trinken		
Körperpflege		
Baden/Duschen/Waschen		
Ankleiden oben		
Ankleiden unten		
Intimhygiene		
<b>Kontinenz</b>		
Blasenkontrolle		
Darmkontrolle		
<b>Transfers</b>		
Bett/Stuhl/Rollstuhl		
Toilettensitz		
Dusche/Badewanne		
<b>Fortbewegung</b>		
Gehen/Rollstuhl		
Treppensteigen		
<b>Kommunikation</b>		
Verstehen akustisch/visuell		
Ausdruck verbal/nonverbal		
<b>Kognitive Fähigkeiten</b>		
Soziales Verhalten		
Problemlösung		
Gedächtnis		
<b>SUMME (Minimum –18, Maximum 126 Punkte)</b>		

## BITTE BEI ENTLASSUNG AUSFÜLLEN:

### ALLGEMEINE ANGABEN

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

### 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

### EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZUM REHA-ENDE

68 Reha-Motivation: sehr hoch       keine

78 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 Gründe für die Nichtteilnahme im Studienverlauf (Mehrfachnennungen möglich):

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

80 KOMMENTARE:

.....  
.....