



**FRAGEBOGEN**  
**ZUR**  
**PATIENTENZUFRIEDENHEIT**

© Alle Rechte der Fragebogengestaltung:  
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.  
Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Lübeck

QS-REHA – VERSION GASTRO/ONKO 01/2006

### **1. Unterbringung**

Wie waren Sie in der Klinik untergebracht?

Einzelzimmer.....

Doppel-/Mehrbettzimmer.....

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich fühlte mich in meinem Zimmer durch Lärm und Unruhe gestört.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
Wie beurteilen Sie Größe und Ausstattung Ihres Zimmers? Ich beurteile sie als .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie alles in allem betrachtet die Unterbringung in der Klinik? Ich beurteile sie als .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **2. Freizeitmöglichkeiten**

	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten innerhalb des Hauses (z.B. Spiele, Sport, Geselligkeit)? Ich beurteile Sie als .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten außerhalb des Hauses (z.B. Ausflüge, Spa- zierungänge, Veranstaltungen)? Ich beurteile Sie als .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **3. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern/Pfleger)**

	Trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **4. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation**

	Trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin/der Arzt nahm sich zu wenig Zeit für mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **5. Psychologische Betreuung**

**Von Entspannungstherapien abgesehen – sind Sie von einer Psychologin/ einem Psychologen betreut worden?**

Nein.....  **→ Bitte gehen Sie weiter zu Block 6!**

Ja, .... in der Gruppe  (Sie können beide  
einzeln.....  Möglichkeiten ankreuzen.)

**Falls Sie psychologische Betreuung (einzeln und/oder in der Gruppe) erhielten, beurteilen Sie bitte die drei folgenden Aussagen:**

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich erhielt zu wenig psychologische Betreuung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin/der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhielt die für mich richtige psychologische Betreuung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Schulungen, Vorträge und Beratungen**

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das auf die Krankheit bezogene Schulungs- programm war auf meine Bedürfnisse zugeschnitten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Ernährungsberatung in der Gruppe erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „teilgenommen“ „ja“ an. War diese Schulung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz **linke Kästchen** an; war diese Schulung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. keine Ernährungsberatung in der Gruppe erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik „teilgenommen“ „nein“ an.)*

			falls ja: Urteil				
teilgenommen?			sehr schlecht		sehr gut		
Gesundheitsprogramm.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsbezogene Gruppen (z.B. Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Nachsorge)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrküche/Kochkurs.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesschulung.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonieschulung.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtrauchertraining.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressbewältigung.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung (einzeln) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung (Gruppe).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzgruppe.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma-Beratung (einzeln) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Schulungen (z.B. Rückenschule).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial- und Berufsberatung.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Behandlungen

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

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**ja**“ an. War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „**Urteil**“ das ganz **linke Kästchen** an; war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. keine Massagen erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**nein**“ an.)

		teilgenommen?		Falls ja: Urteil				
				sehr schlecht				sehr gut
Krankengymnastik/Physiotherapie einzeln.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik/Physiotherapie in der Gruppe.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditions-/ Terraintraining).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie (z.B. Sprach-, Sprech, Schlucktherapie).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Anwendungen (z.B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphdrainagen.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapien (z.B. Muskel- entspannung, 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"/>
Neuropsychologische Therapie (z.B. Konzentrationsübungen, Gedächtnistraining)...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Behandlungen (z.B. Chiro- Therapie, Injektionen, Verbände).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstherapie/Belastungserprobung...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **8. Klinik**

### **Wie beurteilen Sie...**

	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
...die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...das Essen/die Ernährung in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Organisation der Abläufe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen zutreffen:**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
In der Klinik herrschte insgesamt ein freundliches Klima.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Therapeutenteam und die Ärzte arbeiteten Hand in Hand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf meine Intimsphäre/meinen Privatbereich wurde Rücksicht genommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ein gutes Verhältnis zu den Therapeuten und Pflegekräften.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ein gutes Verhältnis zu meinem behandelnden Arzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer Freundin/einem Freund mit ähnlichen Gesundheitsproblemen würde ich diese Klinik empfehlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem hatte ich mir diesen Aufenthalt so vorgestellt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von allen Mitarbeitern respektvoll und ganz persönlich behandelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nun möchten wir gerne wissen, wie die Rehabilitation im Einzelnen bei Ihnen abgelaufen ist. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ereignisse und Geschehnisse während Ihrer Rehabilitationsmaßnahme.*

## **9. Ereignisse während der Rehabilitation**

### **9.1. Wurde Ihnen das Haus von Mitarbeitern der Klinik gezeigt?**

- Ja, sehr ausführlich
- Ja, aber nicht sehr ausführlich
- Nein, obwohl ich eine Hausführung gebraucht/gewünscht habe
- Nein, ich wollte/brauchte keine Hausführung

### **9.2. Wann fand die Erstuntersuchung durch Ihren behandelnden Arzt statt?**

- Am Tag meiner Ankunft
- Einen Tag nach meiner Ankunft
- Zwei Tage nach meiner Ankunft
- Später, nämlich ..... Tage nach meiner Ankunft
- Gar nicht

### **9.3. Hat Ihr Arzt Ihnen erklärt, wofür die einzelnen Therapien gut waren?**

- Ja, alle Therapien wurden erklärt
- Ja, aber nur einige Therapien wurden erklärt
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte keine Erklärung

### **9.4. Denken Sie nun an das erste Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt. Hat Ihr Arzt Sie über Ihre Krankheit aufgeklärt?**

- Ja, ausführlich
- Ja, aber eher oberflächlich
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte keine Information

### **9.5. Hat Ihr behandelnder Arzt zu Beginn der Behandlung Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?**

- Ja, ausführlich
- Ja, aber eher oberflächlich
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht

### **9.6. Hat Ihr Arzt gefragt, welche Erwartungen Sie an die Rehabilitation hatten?**

- Ja       Nein

### **9.7. Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?**

- Ja       Nein

**9.8. Wie häufig fanden während Ihres stationären Aufenthaltes Visiten mit Ihrem behandelnden Arzt oder seinem Stellvertreter statt?**

- Mehr als 1mal pro Woche
- 1mal pro Woche
- 1mal innerhalb von 2 Wochen
- 1mal innerhalb von 3 Wochen
- Seltener

**9.9. Hatten Sie bei den Gesprächen mit Ihrem Arzt ausreichend Zeit, Fragen zu stellen?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich habe mich nicht getraut zu fragen
- Ich hatte keine Fragen

**9.10. Haben Sie alles verstanden, was Ihr Arzt Ihnen erklärt hat?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein
- Mein Arzt hat mir nichts erklärt, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Ich wollte/brauchte keine Erklärungen

**9.11. Wenn Sie Fragen an die Pflegekräfte hatten, konnten Sie jemanden erreichen, der Ihnen geantwortet hat?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein
- Ich hatte keine Fragen

**9.12. Wann begann Ihre Therapie?**

- Am Tag meiner Ankunft
- Einen Tag nach meiner Ankunft
- Zwei Tage nach meiner Ankunft
- Später, nämlich ..... Tage nach meiner Ankunft

**9.13. Kam es manchmal zu zeitlichen Überschneidungen zwischen einzelnen Therapien, Untersuchungen, Visiten oder Vorträgen?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein

**9.14. War Ihr Therapieplan zeitlich so knapp, dass Sie von einer Therapie zu anderen „hetzen“ mussten?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein

**9.15. Wie häufig kam es vor, dass bei einer bestimmten Einzeltherapie (z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie) Ihr jeweiliger Therapeut wechselte?**

- Ich hatte immer andere Therapeuten
- Ich hatte meistens andere Therapeuten
- Ich hatte manchmal andere Therapeuten
- Ich hatte immer die gleichen Therapeuten
- Ich hatte keine Einzeltherapie

**9.16. Wie häufig fiel eine Therapie während Ihres Aufenthalts ersatzlos aus?**

- Einmal
- Zweimal
- Dreimal
- Mehrmals, nämlich .....mal
- Niemals

**9.17. Haben Sie alles verstanden, was Ihr jeweiliger Therapeut Ihnen bezüglich Ihrer Behandlung erklärt hat?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein
- Mir wurde nichts erklärt
- Ich wollte das gar nicht so genau wissen

**9.18. Kam es vor, dass Therapien nicht zum angekündigten Zeitpunkt begonnen haben?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein Wenn „nein“ gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.20

**9.19. Wie lange mussten Sie längstens auf die Therapie warten?**

- Weniger als 5 Minuten
- 5- unter 10 Minuten
- 10- unter 15 Minuten
- 15- unter 30 Minuten
- Eine halbe Stunde oder länger

**9.20. Hatten Ihre Angehörigen die Möglichkeit, mit Ihrem Arzt zu sprechen?**

- Ja
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Ich wollte/brauchte nicht, dass meine Angehörigen mit meinem Arzt sprechen
- Ich weiß es nicht
- Ich habe keine Angehörigen

**9.21. Kam es vor, dass Ihnen ein Arzt, eine Schwester oder ein Therapeut der Klinik etwas ganz anderes gesagt hat, als ein anderer Arzt, Schwester oder Therapeut?**

- Ja, immer
- Ja, meistens
- Ja, manchmal
- Nein

**9.22. Haben Sie sich durch das Leitsystem, d.h. die Wegweiser zu den einzelnen Räumen und Abteilungen in der Klinik zurechtgefunden?**

- Ja, ich habe mich immer zurechtgefunden
- Nein, ich habe mich manchmal verlaufen
- Nein, ich habe mich meistens verlaufen
- Nein, ich habe mich immer verlaufen
- Die Klinik hatte kein Leitsystem

**9.23. Wann werden Sie entlassen?**

- Heute
- In einem Tag
- In zwei Tagen
- In drei Tagen
- Später, nämlich in ..... Tagen
- Weiß nicht

**9.24. Fand bereits eine Abschlussuntersuchung bei Ihrem behandelnden Arzt statt?**

- Ja
- Nein Wenn „nein“ gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.26

**9.25. Wann fand die Abschlussuntersuchung bei Ihrem behandelnden Arzt statt?**

- Heute
- Vor einem Tag
- Vor zwei Tagen
- Vor drei Tagen
- Früher, nämlich vor ..... Tagen
- Weiß nicht

**9.26. Wissen Sie, was Sie nach der Rehabilitation aufgrund Ihrer Erkrankung tun dürfen und was Sie nicht tun dürfen?**

- Ja, vollkommen
- Ja, einigermaßen
- Nein

**9.27. Haben Sie Therapieanleitungen für Zuhause (z.B. gymnastische Übungen, Ernährungstips, Trainingsmaßnahmen) erhalten?**

- Ja
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht

**9.28. Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?**

- Ja
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte keine Informationen darüber

**10a. Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt?**

*Wenn Sie das Ergebnis als sehr schlecht einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie es als ausgezeichnet einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.*

sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ausgezeichnet

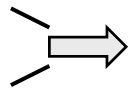
**10b. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?**

*Wenn Sie diese als sehr schlecht einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als ausgezeichnet einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.*

sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ausgezeichnet

### **11. Erwerbstätigkeit und Rente**

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu:

- Rentner/in, im Vorruhestand, Pensionär/in.....      Bitte gehen Sie weiter zu **Block 12!**
- Hausfrau/Hausmann.....
- Berufstätig.....  mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche
- Arbeitslos.....
- Anderes, nämlich \_\_\_\_\_

Wenn Sie noch **berufstätig oder arbeitslos** sind:

- Ich bin zur Zeit.....    arbeitsfähig     arbeitsunfähig
- Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken,  
sich vorzeitig berenten zu lassen?.....    Ja     Nein

### **12. Fragen zur Person**

Ihr Geschlecht?                      männlich                       weiblich

Ihr Alter?                      \_\_\_\_\_ Jahre

**Welchen Schulabschluss haben Sie?**

- Kein Abschluss.....     Fachhochschulreife.....
- Hauptschul-/Volksschulabschluss....     Allgemeine Hochschulreife (Abitur).....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)...     Anderer Schulabschluss.....
- Abschluss der Polytechnischen  
Oberschule (8. bzw. 10.Klasse).....

**In welchem Bundesland wohnen Sie?**

- |                                                      |                                                   |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Baden-Württemberg..... <input type="checkbox"/>      | Niedersachsen..... <input type="checkbox"/>       |
| Bayern..... <input type="checkbox"/>                 | Nordrhein-Westfalen..... <input type="checkbox"/> |
| Berlin..... <input type="checkbox"/>                 | Rheinland-Pfalz..... <input type="checkbox"/>     |
| Brandenburg..... <input type="checkbox"/>            | Saarland..... <input type="checkbox"/>            |
| Bremen..... <input type="checkbox"/>                 | Sachsen..... <input type="checkbox"/>             |
| Hamburg..... <input type="checkbox"/>                | Sachsen-Anhalt..... <input type="checkbox"/>      |
| Hessen..... <input type="checkbox"/>                 | Schleswig-Holstein..... <input type="checkbox"/>  |
| Mecklenburg-Vorpommern..... <input type="checkbox"/> | Thüringen..... <input type="checkbox"/>           |

Tragen Sie bitte den aktuellen Monat und das Jahr ein: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Monat) (Jahr)

Wenn Sie möchten, können Sie bei den folgenden beiden, letzten Fragen in freier Form beschreiben, was Ihnen an Ihrem Klinikaufenthalt besonders positiv aufgefallen ist und was Ihnen besonders negativ aufgefallen ist.

**Was ist Ihnen an dem Klinikaufenthalt besonders positiv aufgefallen?**

**Was ist Ihnen an dem Klinikaufenthalt besonders negativ aufgefallen?**

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit !**  
Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch  
und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage,  
die für Sie zutrifft, beantwortet haben.