

Reha-Beginn



**Indikatoren des Reha-Status – IRES◆
Version 3.1
SGRQ**

Fragebogen

Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Alle Rechte der Fragebogengestaltung:
Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührlen, Prof. Dr. W.H. Jäckel
Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung,
Bergseestr. 61, D-79713 Bad Säckingen●

Wie wird's gemacht?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen. ■
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

Beispiel:

	Meis- tens	Ziem- lich oft	Manch- mal	Selten	Nie
Richtig: Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!: Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Manchmal ist es auch erforderlich, Zahlen einzutragen:

Beispiel: Wie alt sind Sie? Jahre

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Lassen Sie dabei keine Frage aus, außer Sie werden ausdrücklich dazu aufgefordert!

Beispiel:

Sind Sie Raucher?

Nein

↓

Ja

Weiter mit Frage ...!

- Füllen Sie alle Unterpunkte einer Frage aus, auch wenn sie auf Sie nicht zutreffen!

Beispiel:

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

■	Stark	Ziem- lich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Wir würden gerne wissen, wie lange Sie zum Ausfüllen des Fragebogens brauchen. Bitte schauen Sie jetzt auf die Uhr und notieren Sie die Zeit. Die Zeit, die Sie für das Ausfüllen benötigt haben, können Sie dann am Ende des Bogens eintragen.✳

Aktuelle Uhrzeit:

Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

1

Sehr stark

1

Stark

2

Ziemlich

3

Etwas

4

Wenig

5

Gar nicht

6



2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

2

Sehr viel

1

Viel

2

Einiges

3

Etwas

4

Wenig

5

Nichts

6

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

3

Sehr gut

1

Gut

2

Zufrieden-
stellend

3

Weniger gut

4

Schlecht

5

Sehr schlecht

6

4. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

4

5. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

5

Kilogramm

6. Wie groß sind Sie?

6

Zentimeter

7. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

7

An keinem Tag
0

oder: An ca. Tagen



8. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	
Übergewicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	
Stress und Hektik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	
	1	2	3	4	5		
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
	1	2	3	4	5	6	

9. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Bitte weiter mit Frage 14!

Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 10 bis Frage 13 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

10. Wo hatten Sie diese Schmerzen?

11. Wie stark waren diese Schmerzen?

19

Ich hatte keine Schmerzen

1

Sehr leicht

2

Leicht

3

Mäßig

4

Stark

5

Sehr stark

6

■

12. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

20

Nicht beeinträchtigt

1

Wenig beeinträchtigt

2

Etwas beeinträchtigt

3

Ziemlich beeinträchtigt

4

Stark beeinträchtigt

5

Sehr stark beeinträchtigt

6

13. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?

21

An Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

14. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

22

23

24

25

15. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
... beim Bücken, Strecken und längerem Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	1	2	3	4	5	

16. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	1	2	3	4	5	

Familie, Freunde und Bekannte

**17. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
Zählen Sie dabei bitte auch die Kinder mit!**

Insgesamt Person(en)

Davon Person(en) unter 18 Jahren

35

36

18. Wie ist Ihr Familienstand?

Ledig

1

Verheiratet

2

Geschieden /
getrennt lebend

3

Verwitwet

4

37

38

Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

Nein

1

Ja

2

19. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu
Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

39

40

41

42

20. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
	1	2	3	4	5	

Alltägliche Sorgen und Probleme

21. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
	1	2	3	4	5	

22. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:

Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?

Sehr stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Wenig	Gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

23. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... völlig erschöpft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
... unruhig und abgespannt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
	1	2	3	4	5	

24. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
... ohne Schwung zu sein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
	1	2	3	4	5	

25. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
	1	2	3	4	5	






26. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
	1	2	3	4	5	

27. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Völlig unzufrieden						Völlig zufrieden	
Wie zufrieden waren Sie ...								
... mit Ihrer Wohnsituation?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
... mit Ihrer finanziellen Lage?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
... mit Ihrer Freizeit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
... mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
... mit Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen ...								<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
	1	2	3	4	5	6	7	

Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf die Zeit vor Beginn Ihrer derzeitigen Behandlung. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist.

Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor.

28. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
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"/>	74
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
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"/>	77
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"/>	78
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"/>	79
<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	

29. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?

Sehr gut

Gut

Zufriedenstellend

Weniger gut

Schlecht

Sehr schlecht

1

2

3

4

5

6

80

+

30. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	#
Eine Tageswanderung machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
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"/>	82
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
	1	2	3	4	5	

31. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	#
Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86
Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
#	1	2	3	4	5	

32. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.

Stimmt voll und ganz

1

Stimmt weitgehend

2

Stimmt ziemlich

3

Stimmt etwas

4

Stimmt kaum

5

Stimmt überhaupt nicht

6

88

33. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.

Stimmt voll und ganz

1

Stimmt weitgehend

2

Stimmt ziemlich

3

Stimmt etwas

4

Stimmt kaum

5

Stimmt überhaupt nicht

6

89

34. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen (z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä.)?

90

Nie

Ein einziges Mal

Ein paar Mal, aber unregelmäßig

Einmal in jedem Monat

In jedem Monat mehrmals

Einmal pro Woche oder öfter

1

2

3

4

5

6

Angaben zur Person

35. Wie alt sind Sie?

91

 Jahre

36. Ihr Geschlecht?

92

Männlich

1

Weiblich

2

37. Ihre Staatsangehörigkeit?

93

Deutsch

1

Andere

2

38. Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren insgesamt arbeitslos gemeldet?

94

Nie

1

Bis zu 6 Monate

2

6-12 Monate

3

Länger als 12 Monate

4

39. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

1

Beantragt

2

Ja

3



Mit welchem Behinderungsgrad?
Bitte hier die Zahl eintragen:

95

96

40. Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung.

(Bei den männlichen Bezeichnungen sind selbstverständlich auch Frauen gemeint!)

Bitte nur eine Angabe!

Arbeiter / Arbeiterin

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Un- oder angelernter Arbeiter | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Gelernter Arbeiter, Facharbeiter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier | <input type="checkbox"/> | 3 |

Angestellter / Angestellte

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist)..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter) | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten (z.B. Direktor, Geschäftsführer)..... | <input type="checkbox"/> | 7 |

Beamter / Beamtin (einschließlich Richter und Berufssoldaten)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----|
| Beamter im einfachen Dienst..... | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Beamter im mittleren Dienst..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Beamter im gehobenen Dienst | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Beamter im höheren Dienst | <input type="checkbox"/> | 11 |

Selbständiger / Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige)

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer..... | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater)..... | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Selbständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Mithelfender Familienangehöriger | <input type="checkbox"/> | 15 |

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| Sonstiges (z.B. Auszubildender, Schüler, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant) .. | <input type="checkbox"/> | 16 |
|--|--------------------------|----|

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Noch nie berufstätig gewesen | <input type="checkbox"/> | 17 |
|---|--------------------------|----|

41. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

98

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



42. Sind Sie erwerbstätig?

(Als erwerbstätig gilt auch, wer zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

Ja, ich bin erwerbstätig ₁ →

Bitte weiter mit Frage 43

99

Nein, ich bin nicht erwerbstätig.... ₂ ◆

sondern ...

Bitte nur eine Angabe!

... Hausfrau / Hausmann ₁ →

... in Ausbildung oder Umschulung ₂ →

... arbeitslos gemeldet..... ₃ →

... im vorzeitigen Ruhestand..... ₄ →

... **befristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ₅ →

... **unbefristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ₆ →

... **ganz** in Altersrente / pensioniert ₇ →

... in Teilrente (z.B. Altersteilzeit) ₈ → ... mit % →

... Sonstiges ₉ →

Bitte weiter mit Frage 53

100

101



**Frage 43 bis Frage 52 bitte nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind!
Alle Anderen können diese Fragen überspringen und mit Frage 53 weitermachen!**

Ihre Berufstätigkeit

43. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?

102

Bitte rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende Überstunden ein.

Stunden in der Woche

+

44. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit ihrer beruflichen Situation?

103

Völlig
unzufrieden

Völlig
zufrieden



1

2

3

4

5

6

7

45. Wie sehr fühlen Sie sich durch folgende Bedingungen in Ihrer Berufstätigkeit belastet?

*

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
* Ich fühle mich belastet durch ...					
Überstunden, lange Arbeitszeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung oder Körperhaltung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andauerndes oder fast andauerndes Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

104

105

106

107

108

109

110

111

112

46. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

113

An keinem Tag
0

oder: An ca. Tagen

47. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich erwarte / ich hoffe, dass...

	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig
... man mir bei einer Rentenantragstellung hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man mir bei Problemen am Arbeitsplatz hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

114

115

116

48. Wie schätzen Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
Meine Arbeit macht mir Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meiner Arbeit komme ich gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Arbeit überlastet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Arbeit meine Gesundheit beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leistungsanforderungen in meinem Beruf sind einfach zu hoch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Talente und Fähigkeiten voll einbringen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Firma herrscht ein angenehmes Arbeitsklima.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bezahlung ist für die von mir verrichtete Tätigkeit angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

117

118

119

120

121

122

123

124

49. Wie stark haben Sie sich in den letzten 4 Wochen Gedanken darüber gemacht, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... weniger verdienen könnten, z.B. weil Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... arbeitslos werden könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Ihrem Beruf nicht mehr so gut vorankommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben müssen und vorzeitig berentet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

125

126

127

128

50. Wenn Sie einmal an die Zukunft denken: Glauben Sie, dass Sie in einem Jahr noch berufstätig sein werden?

Ich halte das für ...

Sehr wahrscheinlich	Ziemlich wahrscheinlich	Eher wahrscheinlich	Eher unwahrscheinlich	Ziemlich unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

129

51. Wie wird Ihre Situation vermutlich in einem Jahr sein?

Bitte nur eine Angabe!

In etwa einem Jahr werde ich vermutlich ...

voll erwerbstätig sein (mind. 35 Std. pro Woche)	teilzeit-erwerbstätig sein	Hausfrau / Hausmann sein	in Ausbildung oder Umschulung sein	arbeitslos sein	im vorzeitigen Ruhestand sein	in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente sein	in Altersrente / pensioniert sein	Sonstiges
<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

130

52. Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente) gestellt, der noch nicht entschieden ist?

Nein

1

Ja

2

131

*

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

Mit den nächsten Fragen möchten wir mehr darüber erfahren, welche Beschwerden Ihnen Ihre Atmung bereitet und wie sich diese auf Ihr Leben auswirken. Wir möchten dadurch herausfinden, was Ihnen an Ihrer Erkrankung **aus Ihrer Sicht** die meisten Probleme bereitet, und nicht, was die Ärzte und das Pflegepersonal dazu meinen. ●

Lesen Sie bitte die Anleitung sorgfältig und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen. Denken Sie bitte nicht zu lange über Ihre Antwort nach.

Diese Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit Ihrer Atemwegsbeschwerden in den vergangenen 3 Monaten. Bitte kreuzen Sie für jede Frage 1 Kästchen an. ●

	An den meisten Tagen der Woche	An mehreren Tagen der Woche	An ein paar Tagen im Monat	Nur bei Infektionen der Atemwege	Gar nicht
1. Während der letzten 3 Monate habe ich gehustet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Während der letzten 3 Monate habe ich Schleim (Auswurf) ausgehustet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Während der letzten 3 Monate war ich kurzatmig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Während der letzten 3 Monate hatte ich Anfälle von Keuchen oder Pfeifen beim Atemholen (Atemgeräusch):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie viele schwere oder sehr unangenehme Anfälle von Atemwegsbeschwerden hatten Sie in den vergangenen 3 Monaten:

Mehr als 3 Anfälle	<input type="checkbox"/>
3 Anfälle	<input type="checkbox"/>
2 Anfälle	<input type="checkbox"/>
1 Anfall	<input type="checkbox"/>
Keine Anfälle■	<input type="checkbox"/>

6. Wie lange dauerte der schlimmste Anfall von Atemwegsbeschwerden? (Wenn Sie keine schweren Anfälle hatten, gehen Sie bitte weiter zu Frage 7). ●

1 Woche oder länger	<input type="checkbox"/>
3 Tage oder länger	<input type="checkbox"/>
1 oder 2 Tage	<input type="checkbox"/>
Weniger als 1 Tag	<input type="checkbox"/>

7. Wie viele gute Tage (d.h. Tage mit wenig Atemwegsbeschwerden) hatten Sie in einer durchschnittlichen Woche in den vergangenen 3 Monaten? ■

+

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Kein Tag war gut | <input type="checkbox"/> |
| 1 oder 2 gute Tage | <input type="checkbox"/> |
| 3 oder 4 gute Tage | <input type="checkbox"/> |
| Fast jeder Tag war gut | <input type="checkbox"/> |
| Jeder Tag war gut | <input type="checkbox"/> |

8. Wenn Sie pfeifend atmen oder keuchen, ist es morgens schlimmer? ●

Ja

Nein

Abschnitt 1: Wie würden Sie Ihr Atemleiden beschreiben? (Bitte nur eins der vier Kästchen ankreuzen) ◆

Richtig

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Das wichtigste Problem, das ich habe. | <input type="checkbox"/> |
| Bereitet mir ziemlich viele Probleme. | <input type="checkbox"/> |
| Bereitet mir ein paar Probleme. | <input type="checkbox"/> |
| Bereitet mir keine Probleme. | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie berufstätig sind oder waren, kreuzen Sie bitte eines der drei Kästchen an:

✱

Richtig+

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich habe wegen meiner Atemwegsbeschwerden ganz aufgehört zu arbeiten. | <input type="checkbox"/> |
| Meine Atemwegsbeschwerden beeinträchtigen mich bei der Arbeit oder haben mich veranlaßt, meinen Beruf/meine Stelle zu wechseln. | <input type="checkbox"/> |
| Meine Atemwegsbeschwerden wirken sich nicht auf meine Arbeit aus. | <input type="checkbox"/> |

1

Abschnitt 2: Diese Fragen beziehen sich darauf, bei welchen Tätigkeiten Sie derzeit für gewöhnlich in Atemnot geraten. *

Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „Richtig“ oder „Falsch“ ankreuzen: ■

+	Richtig	Falsch
Still sitzen oder ruhig liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haus herumgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Draußen auf ebenen Wegen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergauf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■

1

2

Abschnitt 3: Nun folgen weitere Fragen zu Ihrem derzeitigen Husten und Ihrer derzeitigen Kurzatmigkeit.

Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „Richtig“ oder „Falsch“ ankreuzen:

+	Richtig	Falsch
Mein Husten tut weh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Husten macht mich müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gerate außer Atem, wenn ich rede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Atemnot, wenn ich mich nach vorne beuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Husten oder Atem stören meinen Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schnell erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□

1

2

Abschnitt 4: Bei diesen Fragen geht es um weitere Auswirkungen, die Ihre Atemwegsbeschwerden derzeit möglicherweise auf Sie haben. ■

+	Richtig	Falsch
Mein Husten oder mein Atmen ist mir in der Öffentlichkeit peinlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Atemwegsbeschwerden sind lästig für meine Familie, meine Freunde oder Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich keine Luft kriege, bekomme ich Angst oder gerate in Panik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, meine Atemwegsbeschwerden nicht im Griff zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rechne nicht damit, dass es mit meinen Atemwegsbeschwerden besser wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Atemwegsbeschwerden bin ich anfällig oder invalide geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist für mich riskant, mich sportlich zu betätigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles erscheint mir zu mühsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

1

2

Abschnitt 5: Diese Fragen betreffen Ihre Medikamente. Wenn Sie keine Medikamente einnehmen, gehen Sie bitte gleich zu Abschnitt 6 weiter. ■

+	Richtig	Falsch
Meine Medikamente helfen mir nicht viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist es peinlich, meine Medikamente in der Öffentlichkeit zu benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Medikamente verursachen mir unangenehme Nebenwirkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Medikamente beeinträchtigen mein Leben erheblich. ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 6: Bei diesen Fragen geht es darum, wie sich Ihr Atemleiden möglicherweise auf Ihre Aktivitäten auswirkt. ◆

Bitte kreuzen Sie bei jedem Satz „Richtig“ an, wenn darin eine oder mehrere Feststellungen aufgrund Ihres Atemleidens auf Sie zutreffen. Sonst kreuzen Sie bitte „Falsch“ an.

+	Richtig	Falsch■
Ich brauche lange, um mich zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann kein Bad bzw. keine Dusche nehmen oder ich brauche lange dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe langsamer als andere, oder ich halte an, um mich auszuruhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgaben wie Hausarbeit dauern sehr lange, oder ich muß mich zwischendurch ausruhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich einen Treppenabsatz hinaufgehe, muß ich langsam gehen oder zwischendurch anhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich beeile oder schnell gehe, muß ich danach anhalten oder langsamer gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, bergauf zu gehen, etwas die Treppen hochzutragen, leichte Gartenarbeit zu verrichten wie Unkraut jäten, zu tanzen, Bowling oder Golf zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, schwere Lasten zu tragen, den Garten umzugraben oder Schnee zu schippen, zu joggen oder schnell zu gehen (8 km/h), Tennis zu spielen oder zu schwimmen. ◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, sehr schwere körperliche Arbeit zu verrichten, zu laufen, radzufahren, schnell zu schwimmen oder anstrengenden Sport zu treiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

1

2

Abschnitt 7: Geben Sie bitte an, wie Ihre Atemwegsbeschwerden normalerweise Ihr tägliches Leben beeinflussen. ◆

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage „Richtig“ oder „Falsch“ an (bitte denken Sie daran, dass eine Aussage nur auf Sie zutrifft, wenn Sie etwas aufgrund Ihrer Atemwegsbeschwerden nicht tun können):

	Richtig	Falsch
+ Ich kann keinen Sport treiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht ausgehen, um mich zu unterhalten oder zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann das Haus nicht verlassen, um einzukaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann keine Hausarbeit verrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich nicht weit von meinem Bett oder Stuhl entfernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

Wir möchten Sie nun bitten, die Feststellung (nur eine) anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie sich Ihre Atemwegsbeschwerden auf Sie auswirken: ✱

	Richtig
Sie hindern mich <u>nicht</u> daran, das zu tun, was ich gerne möchte.	<input type="checkbox"/>
Sie hindern mich an ein oder zwei Dingen, die ich gerne tun möchte.	<input type="checkbox"/>
Sie hindern mich an den meisten Dingen, die ich gerne tun möchte.	<input type="checkbox"/>
Sie hindern mich an allem, was ich gerne tun möchte.	<input type="checkbox"/>

□

1

Und nun noch einige letzte Fragen

53. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.■

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich erwarte / ich hoffe, dass...	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig	■
... ich Abstand vom Alltag gewinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
... man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
... bestätigt wird, dass meine Leistungsfähigkeit vermindert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
... man mir eine genaue Diagnose mitteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
... man mich darüber berät, wie ich personelle oder finanzielle Unterstützung erhalten kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136
... ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137
	1	2	3	4	5	

54. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?

138

Das Nettoeinkommen ist die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben.

Diese Angabe ist für statistische Zwecke sehr hilfreich, jedoch nicht unbedingt erforderlich.

Bitte nur eine Angabe!

bis unter 500 €	<input type="checkbox"/>	1
500 bis unter 1.000 €	<input type="checkbox"/>	2
1.000 bis unter 1.500 €	<input type="checkbox"/>	3
1.500 bis unter 2.000 €	<input type="checkbox"/>	4
2.000 bis unter 2.500 €	<input type="checkbox"/>	5
2.500 bis unter 3.000 €	<input type="checkbox"/>	6
3.000 bis unter 3.500 €	<input type="checkbox"/>	7
3.500 € und mehr.....	<input type="checkbox"/>	8

