



FRAGEBOGEN
ZUR
PATIENTENZUFRIEDENHEIT

<u>1. Unterbringung</u>							
Wie waren Sie in der Klinik untergebracht?							
Einzelzimmer..... <input type="checkbox"/> 1		Doppel-/Mehrbettzimmer..... <input type="checkbox"/> 2					1
		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"/>	2
●		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"/>	3
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"/>	4

<u>2. Freizeitmöglichkeiten</u>							
		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"/>	5
Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten außerhalb des Hauses (z.B. Ausflüge, Spa- ziergänge, Veranstaltungen)? Ich beurteile Sie als		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6

<u>3. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern/Pfleger)</u>							
■		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"/>	7
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"/>	8
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
+		1	2	3	4	5	

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"/>	12
Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
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"/>	14
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"/>	15
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"/>	16
◆	1	2	3	4	5	

5. Psychologische Betreuung

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

Nein..... 1 → **Bitte gehen Sie weiter zu Block 6!**

Ja, in der Gruppe 2 (Sie können beide
einzeln..... 3 Möglichkeiten ankreuzen.) 4

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"/>	18
Die Psychologin/der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Ich erhielt die für mich richtige psychologische Betreuung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
	1	2	3	4	5	<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"/>	20a
	1	2	3	4	5	

■ **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.)*

	teilgenommen?		falls ja: Urteil					
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	sehr schlecht				sehr gut	
Gesundheitsprogramm (z.B. Vorträge oder Angebote zu Bewegung und Gesundheit, Herz- und Kreislauf, Genußmittel und Alltagsdrogen, Medikamenten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 22
Schulungen zu Hautkrankheiten (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21b 22b
Schulungen zu Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD, Schlafapnoe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21c 22c
Allergieschulung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21d 22d
Hautschutztraining.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21e 22e
Lehrküche/Kochkurs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 24
Diabetesschulung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25a 26a
Hypertonieschulung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25b 26b
Nichtrauchertraining.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25c 26c
Stressbewältigung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25d 26d
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25f 26f
Sonstige Schulungen (z.B. Rückenschule, Schmerzbewältigung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 26
Sozial- und Berufsberatung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 28
◆			1	2	3	4	5	

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					●
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	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"/>	29 30
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"/>	31 32
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"/>	33 34
Ergotherapie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35b 36b
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"/>	35c 36c
Physikalische Anwendungen (z.B. UV-Therapie, Bestrahlung, 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"/>	37 38
Massagen.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 40
Lymphdrainagen.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39a 40a
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"/>	41 42
Gedächtnistraining	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41a 42a
Äußerliche Behandlungen (z.B. Salben, Verbände).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 44
Hyposensibilisierung.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43a 44a
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"/>	45 46
+			1	2	3	4	5	

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"/>	47
...das Essen/die Ernährung in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
...die Organisation der Abläufe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	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"/>	50
Das Therapeutenteam und die Ärzte arbeiteten Hand in Hand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
Auf meine Intimsphäre/meinen Privatbereich wurde Rücksicht genommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
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"/>	53
Ich hatte ein gutes Verhältnis zu meinem behandelnden Arzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
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"/>	55
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"/>	56
Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
☼	1	2	3	4	5	

9. 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

58

10. Bitte geben Sie an:

	war die Regel / immer	oft	manchmal	selten	nie	
Wie häufig kam es vor, dass.....						+
... Ihr behandelnder Arzt so gehetzt war, dass er keine Zeit für Sie hatte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
... sich Ihre Behandlungstermine überschritten haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
... Sie wegen schlechter Beschilderung Behandlungsräume nicht gefunden haben oder Sie sich in der Klinik verlaufen haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
... Änderungen in Ihrem Therapieplan (sofern es diese gab) mit Ihnen vorher besprochen wurden...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Wie häufig kam es vor, dass.....	war die Regel / immer	oft	manchmal	selten	nie	•
... Ihr behandelnder Arzt für Sie nicht erreichbar war, obwohl Sie ihn dringend gebraucht hätten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
... das Pflegepersonal so gehetzt war, dass niemand Zeit für ihre Probleme hatte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
... Ihnen Ihre Untersuchungsbefunde und Ergebnisse vom behandelnden Arzt gar nicht oder nur unverständlich erklärt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
... Sie von allen Mitarbeitern respektvoll und ganz persönlich behandelt wurden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
... die Sie behandelnden Therapeuten wechselten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
◆	1	2	3	4	5	

11. Bitte geben Sie an:

Wieviel Zeit verging zwischen Ihrer Ankunft in der Klinik und der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung?.....	bis ½ Tag <input type="checkbox"/>	1 Tag <input type="checkbox"/>	2 Tage <input type="checkbox"/>	mehr als 2 Tage <input type="checkbox"/>	• 71
Wann – gerechnet ab dem Tag Ihrer Ankunft – begann Ihre Therapie/Behandlung in der Klinik?.....	Am 1. Tag <input type="checkbox"/>	am 2. Tag <input type="checkbox"/>	am 3. Tag <input type="checkbox"/>	erst nach dem 3. Tag <input type="checkbox"/>	72
Wie häufig kam es vor, dass Behandlungstermine ausfielen?.....	ca. 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/>	ca. 2 mal pro Woche <input type="checkbox"/>	ca. 3 mal pro Woche oder häufiger <input type="checkbox"/>	kam nie vor <input type="checkbox"/>	73
Wie häufig kam es vor, dass Sie länger als 10 Minuten auf den Beginn eines Behandlungstermins warten mussten?.....	ca. 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/>	ca. 2 mal pro Woche <input type="checkbox"/>	ca. 3 mal pro Woche oder häufiger <input type="checkbox"/>	kam nie vor <input type="checkbox"/>	74
Wie häufig kam es vor, dass Ihr behandelnder Arzt wechselte?..... <input type="checkbox"/>	1 mal <input type="checkbox"/>	2 mal <input type="checkbox"/>	mehr als 2 mal <input type="checkbox"/>	kam nie vor <input type="checkbox"/>	75
Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt ein Gespräch oder eine Visite mit Ärzten/Ärztinnen?.....	bis 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 - 3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 2	4 - 5 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	mehr als 5 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	• 75a
Hat sich ein Arzt / eine Ärztin mit Ihnen darüber unterhalten, wie Sie Ihre Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen erleben?.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiss nicht mehr <input type="checkbox"/>		75b
Hat sich ein Arzt / eine Ärztin mit Ihnen darüber unterhalten, welche Erwartungen Sie bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme haben?.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiss nicht mehr <input type="checkbox"/>		75c
Hat sich ein Arzt / eine Ärztin mit Ihnen darüber unterhalten, wie Sie selber den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme einschätzen?	ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 2	ich weiss nicht mehr <input type="checkbox"/> 3		75d

12. 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



76

13. Erwerbstätigkeit und Rente

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu:

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

Bitte gehen Sie weiter zu **Block 14!**

77

77a

77b

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

Ich bin zur Zeit..... arbeitsfähig ₁ arbeitsunfähig ₂

78

Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, sich vorzeitig berenten zu lassen?..... Ja ₁ Nein ₂

79



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.