

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – Indikationsbereich psychische und psychosomatische Erkrankungen
Fragebogen zur psychosozialen Gesundheit



001 PO

Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

Support-ID

3000

**Psychische und
psychosomatische
Erkrankungen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie nun, einige Wochen nach dem Ende Ihrer Maßnahme, nochmals bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden zu beantworten. Einige dieser Fragen mögen Ihnen bereits bekannt vorkommen; wir bitten Sie dennoch um eine nochmalige Beantwortung, da wir an der aktuellen Einschätzung Ihres Befindens und Ihrer Gesundheit interessiert sind.

In diesem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Wir möchten Sie deshalb bitten, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!

richtig
 falsch

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen und gewünschtes Feld ankreuzen.



Angaben zur Person

1. Sind Sie erwerbstätig?

Als erwerbstätig gilt auch, wer einer Nebentätigkeit nachgeht, zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.

Nein Ja



Psychische und körperliche Beschwerden vor der stationären psychotherapeutischen Behandlung

2. **Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden.**

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden belastet worden sind.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> unter ...?	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
... Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht, in der Öffentlichkeit bewusstlos zu werden oder einen Herzanfall zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z. B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich in den letzten zwei Wochen so gefühlt haben!

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich fühle mich gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Schwierigkeiten, die man im Kontakt mit anderen Menschen haben kann.

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich in den letzten zwei Wochen durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (*Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.*) belastet oder beeinträchtigt gefühlt haben.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> ...?	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
... unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**5. Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.
 Bitte geben Sie für die letzten zwei Wochen an, wie sehr die jeweilige Aussage zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwierige Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt, sich selbst zu versorgen (z. B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**7. Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.
Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahestehen, jemand ...**

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
... Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie aufmuntert oder tröstet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragen zur Behandlung in der Einrichtung

Aufnahme

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
1. Der Tagesablauf wurde am ersten Tag sehr gut durch die Pflegekräfte erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Ärztin/der Arzt nahm sich für das Aufnahmegespräch zu wenig Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beim Einzug wurde mir die Einrichtung ausführlich gezeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern / Pfleger)

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
4. 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"/>
5. Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Umfang der pflegerischen Betreuung war insgesamt zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation (außer Psychotherapie)

Von der Eignungsdiagnostik und Psychotherapie abgesehen – sind Sie von einem Arzt medizinisch aufgrund körperlicher Beschwerden behandelt worden?

Nein → Bitte weiter mit Frage 13

Ja



	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
7. Vom Arzt 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. Der Arzt war sehr einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, sehr verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Der Arzt hatte oft zu wenig Zeit für die Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bei Problemen oder Fragen war der Arzt sofort erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Der Umfang der ärztlichen Betreuung war insgesamt zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Psychotherapeutische Betreuung

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
14. Vom Psychotherapeuten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Der Psychotherapeut war sehr einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Der Psychotherapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, sehr verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich hatte während meines Aufenthalts keinen festen Bezugs- bzw. Ansprechpartner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In der Rehabilitation wurde sehr viel Wert darauf gelegt, mit mir zu besprechen, wie die Therapieziele am besten zu erreichen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Behandlung wurde mit mir in Gesprächen gemäß meines Fortschritts geplant und abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten und Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Gespräche mit dem Therapeuten haben mir sehr gut getan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Für meine Beschwerden war der Umfang der psychotherapeutischen Gespräche insgesamt zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klima in der Einrichtung

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
23. Das Therapeuten- und Ärzteteam arbeitete Hand in Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. In der Einrichtung herrschte insgesamt ein freundliches Klima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Schulungen, Vorträge und Beratungen

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

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z. B. an einer Lehrküche teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Ja“ an. Waren die Schulungen sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; waren die Schulungen sehr gut, kreuzen Sie das ganz rechte Kästchen an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z. B. an keiner Lehrküche teilgenommen, kreuzen Sie unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Nein“ an.)

	Nicht teilgenommen	Sehr schlecht				Sehr gut
25. Gesundheitsprogramm (z. B. Vorträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sozial- und Berufsberatung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Der Umfang der Schulungen, Vorträge und Beratungen war insgesamt zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 die Behandlung sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; war die 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.)

	Nicht teilgenommen	Sehr schlecht				Sehr gut
30. Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Familien- und Paargespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Arbeitstherapie/Belastungserprobung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Entspannungstherapien (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kreativtherapien (z. B. Kunst-/ Musiktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Beschäftigungs-/ Ergotherapie (z. B. mit Stoff, Ton, Speckstein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Physikalische Anwendungen (z. B. Wärmebehandlung / Massagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Information und Aufklärung

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
40. Es waren nicht alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter der Einrichtung über den Zustand der Patienten richtig informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich wurde zu spät über organisatorische Veränderungen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
42. Der Tagesablauf in der Einrichtung war gut geplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Die Wartezeiten vor den Untersuchungen und Behandlungen waren zu lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Die Wegweiser zu den einzelnen Räumen und Abteilungen der Einrichtung waren klar und eindeutig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
45. Ich wurde darüber informiert, an welchen Nachsorgemaßnahmen ich nach der Entlassung teilnehmen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Ich wurde bei der Organisation von Nachsorgemaßnahmen nicht ausreichend unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Es wurde nicht mit mir besprochen, wie man das Gelernte im Alltag umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja			
48. Hat Ihr Arzt ein Abschlussgespräch mit Ihnen geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Unterbringung, Verpflegung und Service

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
49. Die Größe und Ausstattung meines Zimmers war sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. 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"/>
51. Es gab nicht ausreichend Ruhemöglichkeiten für die Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Die Privatsphäre in der Einrichtung und in meinem Zimmer wurde gewahrt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Die Duschräume und Toiletten waren hygienisch und sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Das Essen in der Einrichtung war schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Während des Einrichtungsaufenthaltes gab es zu wenig Angebote, die Freizeit zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Die Leistungen der Einrichtungsverwaltung waren sehr gut. (z. B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapieablauf und Information

Wie häufig kam es vor, dass ...	War die Regel/immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
57. ... Ihr behandelnder Psychotherapeut 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"/>
58. ... sich Ihre Behandlungstermine überschneiden haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. ... Ihr behandelnder Psychotherapeut 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"/>
60. ... die Sie behandelnden Psychotherapeuten wechselten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. ... Ihnen Ihre Untersuchungsbefunde und -ergebnisse vom behandelnden Psychotherapeuten/Arzt gar nicht oder nur unverständlich erklärt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Information und Beteiligung

62. Gibt es noch andere Ziele, die Sie mit der Reha erreichen wollten?

Nein

Ja

63. Hat Ihr behandelnder Arzt bzw. Psychotherapeut zu Beginn der Rehabilitation Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?

Ja, ausführlich

Ja, oberflächlich

Nein

64. Wurde Ihnen zu den einzelnen therapeutischen Maßnahmen erklärt, wofür sie gut waren?

Ja, zu allen

Ja, zu einigen

Nein, zu keinen

65. Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?

Nein

Ja

Empfehlung und Gesamtbeurteilung

	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
66. Ich werde diese Einrichtung in jedem Fall meinen Freunden und Bekannten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. 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"/>

68. Insgesamt beurteile ich den Erfolg der Behandlung als ...

Sehr gut

Gut

Befriedigend

Ausreichend

Mangelhaft

69. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?

Nein

Ja



Wenn Sie noch Ergänzungen haben, können Sie hier in freier Form beschreiben, was Ihnen an Ihrem
Einrichtungsaufenthalt besonders gut oder nicht so gut gefallen hat.

70. Besonders gut gefallen hat mir ...

71. Nicht so gut gefallen hat mir ...

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Sehen Sie den Fragebogen jetzt bitte nochmals durch und prüfen Sie,
ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

