

**28. Angaben zu Ihrer Person**

Ihr Geschlecht  weiblich  männlich

Wer ist der Kostenträger für den jetzigen Klinikaufenthalt?

Ihr Alter   (in Jahren)

Deutsche Rentenversicherung (DRV) **Bund**

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben?

Deutsche Rentenversicherung (DRV) **Rheinland**

ohne Schulabschluss

andere **regionale** Deutsche Rentenversicherung (DRV) (z.B. DRV Rheinland-Pfalz, DRV Westfalen)

Hauptschulabschluss

Gesetzliche Krankenkasse / Ersatzkasse

Mittlere Reife

Private Krankenversicherung / Beihilfe / Selbstzahler

Fachhochschulreife

Sonstige: \_\_\_\_\_

Abitur

anderer Abschluss

**ZUF-8**

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen? .....	ausgezeichnet	gut	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, die Sie hier erhalten haben? .....	ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten? .....	eindeutig nicht	eigentlich nicht	im Allgemeinen ja	eindeutig ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen? .....	sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	leicht unzufrieden	ziemlich unzufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde? .....	eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen? ....	ja, sie half eine ganze Menge	ja, sie half etwas	nein, sie half eher nicht	nein, sie half überhaupt nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? .....	fast allen	den meisten	nur wenigen	nicht entsprochen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten? .....	eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monat und Jahr Ihrer Entlassung aus unserer Klinik:

Monat (01-12)   Jahr (z.B. 2022)

Haben Sie Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge für die Organisation der Klinik und Durchführung der Therapie?  Nein  Ja ---> Falls ja, verwenden Sie bitte das beiliegende Extrablatt!

Ist Deutsch Ihre Muttersprache?  Nein  Ja

Auf welcher Station wurden Sie (hauptsächlich) behandelt?

1  2  3  4  5  TE (ambulante ganztägige Reha)

Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!



# Patientenfragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation

## Aggertalklinik Engelskirchen

in Zusammenarbeit mit

### GfQG

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GbR

Wie sind Sie auf die Klinik aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Zuweisung durch den Kostenträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung etc.)
- Durch den Sozialdienst des einweisenden Krankenhauses (in der Regel AHB)
- Durch behandelnde Ärztin oder behandelnden Arzt
- Internetrecherche / Internetseite der Klinik
- Empfehlung von Bekannten oder Verwandten
- Social Media (Facebook oder Instagram)
- Nähe zum Wohnort
- Sonstiges

Haben Sie von Ihrem gesetzlichen Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch gemacht?

- Ja  Nein  nicht bekannt

Dieses Feld bitte nicht beschriften!

**1. Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?** (Zutreffendes bitte ankreuzen; mehrere Angaben möglich)

- 01 - Atemwegserkrankung
- 02 - Erkrankung des Haltungs- und Bewegungsapparats (Bereich Orthopädie)
- 03 - Herz-Kreislauf-Erkrankung
- 04 - Hautkrankheit
- 05 - Magen-Darm-Erkrankung (gastroenterologische Krankheit)
- 06 - neurologische Erkrankung (Bereich Neurologie)
- 07 - Krebserkrankung (Bereich Onkologie)
- 08 - rheumatische Erkrankung
- 09 - Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes mellitus)
- 10 - psychische / psychosomatische Erkrankung
- 11 - Sucht- und Abhängigkeitserkrankung
- 12 - sonstige Erkrankung

**2. Wegen welcher Erkrankung waren Sie hauptsächlich in unserer Klinik?** (bitte nur eine Angabe)

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer aus Frage 1 ein

**3. Wann sind die gesundheitlichen Einschränkungen, die Anlass dieser Rehabilitation waren, zum ersten Mal aufgetreten?**

Vor etwa   Jahren Falls unter 1 Jahr -> vor etwa   Monaten

**4. Wenn Sie an Ihre Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit vor der Rehabilitation zurück denken, wie würden Sie ...**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
... Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation bewerten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit vor der Rehabilitation bewerten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation**

Wie lange hat Ihre Rehabilitation gedauert? .....   Tage

Wurde die Behandlung vorzeitig beendet?  
 Nein  Ja ---> Wenn ja, ... mit ärztlichem Einverständnis? .....  Nein  Ja

Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation?  
 Nein  Ja ---> Wenn ja, wie oft insgesamt?   mal

**6. Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu?**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Für meine Beschwerden und Probleme wurde die richtige Klinik ausgesucht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Beschwerden hatte die Reha-Klinik die richtigen Betreuungen, Behandlungen und Beratungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Beurteilung des Umfangs der Angebote während der Rehabilitation**

	viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu viel	viel zu viel
Die Betreuung, die Beratung und meine Behandlungen in der Klinik waren mir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Fragen zur Erwerbstätigkeit, Erwerbsfähigkeit, zum Leistungsvermögen und zur Rente**

Bitte beantworten Sie den gesamten **Frageblock 25 nur**, wenn Sie **berufstätig oder arbeitslos gemeldet** sind!

**25.1 Berufstätigkeit** Bis zu Beginn der Rehabilitation oder des Krankenhausaufenthaltes war ich ...  
 voll berufstätig  teilzeit-beschäftigt  arbeitslos gemeldet

**25.2 Arbeitsfähigkeit** Ich war unmittelbar vor der Rehabilitation oder dem Krankenhausaufenthalt ...  
 arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)  arbeitsunfähig (krank geschrieben)

**25.3 Krankschreibungen** Wie lange waren Sie vor der Reha insgesamt krank geschrieben?  
 gar nicht  kürzer als 3 Monate  3 bis 6 Monate  6 Monate und mehr

**25.4 Berufliche Leistungsfähigkeit**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit unmittelbar vor der Rehabilitation bewerten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie würden Sie Ihre derzeitige berufliche Leistungsfähigkeit einschätzen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welcher Weise hat sich - aus heutiger Sicht - Ihre berufliche Leistungsfähigkeit durch die Rehabilitation geändert? .....

	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich glaube, dass ich für die Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten habe .....

	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Beschwerden zukünftig noch weiter ausüben? .....

	nein, sicher nicht	vermutlich nicht	bin unsicher	vielleicht ja	ja, bestimmt
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie an Ihren heutigen Gesundheitszustand und Ihre heutige Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen der Altersrente berufstätig sein können? .....

	auf jeden Fall	eher ja	unsicher	eher nein	auf keinen Fall
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25.5 Einschätzung der beruflichen Zukunft**

Glauben Sie, dass durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist? .....

	Nein	Ja
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überlegen Sie zur Zeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Krankheitsgründen) zu stellen? .....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Krankheitsgründen) gestellt? .....

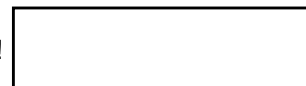
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Gesamtbewertung der Rehabilitation**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Die Rehabilitation war insgesamt gesehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Rehabilitationserfolg**

	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet
Ich bewerte den Erfolg der Rehabilitation insgesamt als .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Fortsetzung:**  
**21. Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation**

	Nein, war auch nicht notwendig oder von mir nicht erwünscht	Nein, es wäre aber notwendig gewesen	Ja	Bin nicht sicher / weiß nicht
Hat sich die Reha-Klinik mit Ihren Angehörigen in Verbindung gesetzt, um zu besprechen, wie Ihre weitere Genesung zu Hause am besten gelingen kann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich die Reha-Klinik mit Ihrem Arzt am Wohnort in Verbindung gesetzt, um Ihre weitere Genesung zu unterstützen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Hat die Reha Sie dazu angeregt, sich etwas Neues vorzunehmen, um Ihre Gesundheit zu verbessern oder zu erhalten?**

**WICHTIG: Hier können Sie mehrere Aktivitäten ankreuzen!**

	Nein	Ja	Habe ich bereits vor der Reha durchgeführt
Umstellung meiner Ernährung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Sport .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe oder Gesprächsgruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits-Kurs (z.B. Rückenschule, Diabetesschulung, Schmerzbewältigung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsübungen (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauersport (z.B. Nordic-Walking, Schwimmen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderung meiner Lebensgewohnheiten (z.B. gesünder essen, mehr bewegen, weniger rauchen und trinken) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme zur intensiven Nachsorge (z.B. IRENA, Medizinische Trainingstherapie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratungsstelle/Psychotherapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Fragen zur Veränderung des Gesundheitszustands**  
 Wenn Sie Ihren jetzigen Zustand mit Ihrem Zustand vor der stationären Behandlung vergleichen:  
 Welche Veränderungen haben sich ergeben?

	deutlich besser	etwas besser	unverändert	etwas schlechter	deutlich schlechter
Mein Gesundheitszustand ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Beschwerden sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein körperliches Befinden ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein seelisches Befinden ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Allgemeinbefinden ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Leistungsfähigkeit ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Erwerbstätigkeit - Ich bin zur Zeit ...**

... berufstätig

... arbeitslos mit Arbeitslosengeld-I-Bezug

... arbeitslos mit Arbeitslosengeld-II-Bezug (Hartz IV)

... erwerbsunfähig (Bezieher von zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente aus Krankheitsgründen)

... Hausfrau / Hausmann oder nicht erwerbstätig ---> Gehen Sie bitte **direkt zu Frage 26** weiter!

... Rentner/in, Pensionär/in oder im Vorruhestand ---> Gehen Sie bitte **direkt zu Frage 26** weiter!

... Auszubildende / Auszubildender

**8. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Psychologische Betreuung während der Rehabilitation**  
**Haben Sie mit einer Psychologin oder einem Psychologen ein oder mehrere Einzelgespräche führen können?**

Ja, ich habe ein oder mehrere Einzelgespräche geführt.  ---> Bitte beantworten Sie **die folgenden Fragen!**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die Psychologin / der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe für mich die richtige Art von Gespräch(en) erhalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin / der Psychologe hat mir im Gespräch wichtige Zusammenhänge verständlich erklärt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Pflegerische Betreuung während der Rehabilitation**

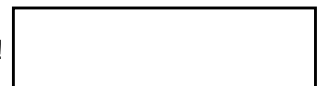
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die Krankenschwestern / Krankenpfleger waren einfühlsam und verständnisvoll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Krankenschwestern / Krankenpfleger haben mich gut und verständlich informiert und angeleitet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war immer eine Krankenschwester / ein Krankenpfleger da, wenn ich sie oder ihn gebraucht habe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Wie zufrieden waren Sie - insgesamt betrachtet - ...**

	sehr unzufrieden	unzufrieden	teils, teils	zufrieden	sehr zufrieden
... mit der ärztlichen Betreuung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der psychologischen Betreuung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der pflegerischen Betreuung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der therapeutischen Betreuung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Haben Sie folgende Behandlungen erhalten? Wenn ja, wie bewerten Sie diese?**

	Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren --->	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe (z.B. Übungen des Bewegungssystems und Bewegungsverhaltens, Kleingruppen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Ergometertraining auf dem Fahrrad, Sport und Bewegung in der Halle oder im Freien, Bewegungsbad, medizinische Trainingstherapie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Anwendungen (z.B. Massagen, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Fango) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge, Seminare oder Schulungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapie (z.B. Muskelentspannung, Autogenes Training) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chinesische Medizin (z.B. Qi Gong, Akupunktur, Lach-Yoga) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie, Gestaltungstherapie, Basteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**13. Haben Sie folgende Beratungen und Hilfestellungen erhalten? Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

	Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren ---->	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratung und Hilfe in rechtlichen Dingen? (z.B. Rentenfragen, Schwerbehinderten-Ausweis, Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Fortführung von Behandlungen am Wohnort zu erleichtern? (z.B. Gesundheitssport / IRENA, Adressen- und Kontaktvermittlung, Kontaktaufnahme mit Ärzten oder Diensten am Wohnort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die folgenden zwei Fragen nur, wenn Sie berufstätig sind!  
Ansonsten überspringen Sie bitte diese beiden Fragen.**

	Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren ---->	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Situation am Arbeitsplatz oder die Rückkehr zur Arbeit zu erleichtern? (z.B. durch Vorbereitung einer stufenweisen Wiedereingliederung, Arbeitsplatzanpassung, Informationen über Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung, Gespräch mit Ihrem Betrieb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in der Reha-Klinik die Möglichkeit erhalten, auszuprobieren, welchen Aufgaben und Belastungen bei der Arbeit Sie noch gewachsen sind? (z.B. berufliche Belastungserprobung, Leistungstests, Probearbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Haben Sie an folgenden Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen? Wenn ja, wie bewerten Sie diese?**

	Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren ---->	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Zu den Themen Ernährung, (Über-)Gewicht und Gewichtsabnahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den Themen Stress und Stressabbau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den Themen Schmerz und Schmerzbewältigung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den Themen Bewegung, Bewegungsmangel, Sport und Herz-Kreislaufsystem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu krankheitsbezogenen Themen wie z.B. Arthrosen, Osteoporose, Rückenprobleme und Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Alltagsdrogen wie z.B. Nikotin, Alkohol und andere Drogen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Abstimmung der Ärzte und Therapeuten über die Ausgestaltung der Reha-Maßnahme**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben gleich am Anfang die Ziele meiner Rehabilitation mit mir abgesprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mit mir besprochen, durch welche Behandlungen meine Reha-Ziele am besten zu erreichen sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mich dazu angeregt, mich mit den Folgen meiner Krankheit für mein privates und berufliches Leben zu beschäftigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mir gezeigt, wie ich mit den Folgen meiner Krankheit für mein privates und berufliches Leben besser umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Therapieablauf während der Rehabilitation**

	am Aufnahme-tag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 4. Tag	nach dem 4. Tag
Wann fand die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann begannen Ihre Behandlungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fielen während Ihrer gesamten Rehabilitation Behandlungen aus und wurden nicht ersetzt? .....	nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal
Wie häufig wechselte die Ärztin oder der Arzt, die / der Sie hauptsächlich während der Rehabilitation betreute? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig wechselte während Ihrer gesamten Rehabilitation bei einer Therapie der betreffende Therapeut oder die Therapeutin? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Terminplanung, Organisation und Service  
Wie bewerten Sie ...**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
... die Organisation der Abläufe im Therapiebereich (Therapieplanung)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Organisation der Abläufe im Verwaltungsbereich? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen des Empfangs- und Informationsdienstes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter des Patientenmanagements? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Fahrdienst bei An- und Abreise? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Räumlichkeiten und Reinigung  
Wie bewerten Sie ...**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
... die Ausstattung / Einrichtung des Zimmers? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Reinigung Ihres Zimmers? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Aufenthaltsräume unserer Klinik? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Ernährung und gastronomischer Service  
Wie bewerten Sie ...**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
... das Frühstück? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Mittagessen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Abendessen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Service im Restaurant? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angebot und Service in Kiosk / Cafeteria? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Freizeit**

**Wie bewerten Sie ...**

	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
... das Freizeitangebot in unserer Klinik (z.B. Tischtennis, Kegelbahn, Billard, Bewegungsbad, Sauna, Konditionsraum)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unsere Informationen zu den Freizeitangeboten insgesamt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie an den von uns angebotenen Freizeitaktivitäten teilgenommen? .....  Nein  Ja

**21. Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich wurde in der Klinik insgesamt gut auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet (z.B. Kontakt zu nachsorgenden Stellen, Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle, ambulante Psychotherapie, Rehasport, IRENA) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich für den häuslichen Bereich und den Freizeitbereich nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten habe ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite

