

Fragebogen (T3_{IG})

12 Monate nach Reha -Ende



ID: _____

andin, sehr geehrter Rehabilitand,


[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Gut 12 Monate ist es nun her, dass Sie unsere Rehabilitationseinrichtung verlassen haben und wir hoffen, dass Sie noch immer von Ihrem Aufenthalt bei uns profitieren können!

Auf dieser und den folgenden Seiten möchten wir Ihnen als Teilnehmer unseres NaSo-Projekts nun letztmalig einige Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihrem Befinden im Allgemeinen stellen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus: Er erfasst die langfristigen Rehabilitationseffekte und hat somit einen besonderen Stellenwert, um die Reha-Maßnahmen für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zu verbessern. Ihr Aufwand beträgt dafür maximal etwa 10-15 Minuten!

Vorab einige **Hinweise** zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte beantworten Sie die Fragen in der **Reihenfolge** ihrer Nummerierung: Gehen Sie dafür den Bogen der Reihe nach durch und beantworten Sie bitte **alle** Fragen!
- Beantworten Sie bitte alle Fragen **vollständig**, geschätzte Angaben sind besser als keine Angaben!
- Beachten Sie bitte, dass sich die Fragen jeweils auf **unterschiedliche Zeiträume** beziehen!
- Bitte beantworten Sie **jede** Frage, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!
- Beantworten Sie die Fragen, indem Sie das zutreffende Feld mit einem Kreuz (X) markieren oder die Antwort an die durch einen Strich ( _____) bezeichnete Stelle schreiben!

Ein **Beispiel**: Frau Muster war in den vergangenen 7 Tagen ziemlich oft voller Schwung, nur selten sehr nervös und meistens ruhig und gelassen. Deshalb setzt sie ihre Kreuze wie folgt:

	Wie oft waren Sie in den vergangenen 7 Tagen ...					
	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
ō voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ō sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ō ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevor Sie **diesem Beispiel folgend beginnen**, tragen Sie an dieser Stelle bitte das heutige Datum ein:

Ausfülldatum:  _____

Tag Monat Jahr

Andere Schmerzen (neben Ihren Rückenproblemen)?

an, je nachdem wie stark Sie die Schmerzen verspürten!

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
... im Bereich des Halses, Kopf- oder Nacken- gelenk oder im Ohrbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Fingern oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bauch oder im Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Füßen oder Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Neben Schmerzen gibt es eine Reihe anderer körperlicher Beschwerden, die man manchmal hat: Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 7 Tagen (heute eingerechnet) durch die aufgelisteten Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort und kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...?	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
o Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Ohnmacht- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Hitzewallungen und Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Schweregefühl in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprach mit uns selbst. Auch wenn wir gesundheitlich beeinträchtigt sind, können wir Gedanken durch den Kopf. Im Folgenden finden Sie typische gesundheitliche Beschwerden haben. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Beschwerden erleben, wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben.

Setzen Sie bitte in jeder Zeile an die entsprechende Stelle ein Kreuz!						
	0 ö fast nie	1	2	3	4	5 ö fast immer
Das denke ich ö						
Diese Beschwerden halte ich nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egal, was ich auch tue, ich kann doch nichts mehr ändern an meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss schnell ein Medikament nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das hört ja nie mehr auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wird es wieder schlimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beschwerden machen mich fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Beschwerden machen mich noch verrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen sind unter anderem die Optimierung des Gewichts und der Verzicht auf Nikotin: Bitte geben Sie deshalb an dieser Stelle an, wie viel Sie heute wiegen:

_____ kg

11b. Ä und ob Sie rauchen:

nein ja → _____ Zigaretten am Tag



12.

Bei den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (wir meinen mit Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Setzen Sie bitte jeweils ein Kreuz bei einer der folgenden drei Antwortmöglichkeiten:

- Ja: d.h. Sie können die Tätigkeit **ohne Schwierigkeiten** ausführen
- Ja, aber nur **mit Mühe**: d.h. Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen
- Nein oder **nur mit fremder Hilfe**: d.h. Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft

	Ja	Ja, mit Mühe	Nein bzw. mit Hilfe
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. Koffer oder vollen Wassereimer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wählen Sie die Aussagen die Antwort an, die am besten beschreibt, wie en so gefühlt oder verhalten haben.

<input type="checkbox"/> selten oder nie	: nie bzw. weniger als 1 Tag			
<input type="checkbox"/> manchmal oder gelegentlich	: an 1 bis 2 Tagen			
<input type="checkbox"/> öfter oder häufiger	: an 3 bis 4 Tagen			
<input type="checkbox"/> meistens oder ständig	: an 5 bis 7 Tagen			
In der vergangenen Woche <input type="checkbox"/>	selten/ nie	manch- mal	öfter	meistens
<input type="checkbox"/> haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> war mir nicht nach Essen zumute, hatte ich keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ist es mir schwer gefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> fühlte ich mich niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> empfand ich alles als anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> empfand ich mein Leben als gescheitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> war ich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> habe ich unruhig geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> war ich glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> habe ich weniger als sonst geredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> fühlte ich mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> waren die Leute unfreundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hatte ich Spaß am Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> musste ich grundlos weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hatte ich das Gefühl, dass mich andere Menschen nicht mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bin ich nicht sin Gang%gekommen%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Be-

chende Kästchen an. Dabei bedeuten:

[0] = keine Beeinträchtigung

[10] = keine Aktivität mehr möglich

Ansonsten wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen!

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens**

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen**

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Erledigungen außerhalb des Hauses**

(dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen**

(dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Erholung und Freizeit**

(dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Soziale Aktivitäten**

(dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **enge persönliche Beziehungen**

(dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Sexualleben**

(dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Stress und außergewöhnliche Belastungen**

(dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

Leistung in den vergangenen 4 Wochen in den Bereichen **Alltag**

Ist sie sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die 0% an. Ist sie sehr gut gewesen, kreuzen Sie die 100% an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen!

Meine Leistungsfähigkeit war in den letzten 4 Wochen im Bereich

• **Alltägliche Tätigkeiten**

(persönliche Hygiene, Ankleiden, Essen, Gehen)

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

• **Freizeit**

(Hobbys, Sport)

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

16.

An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Beschwerden nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. in Beruf, Haushalt, Freizeit)?

an Tagen

keine Einschränkungstage

17.

Sind Sie berufstätig?

ja

nein → bitte mit Frage 23 fortfahren!

18.

Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit in den vergangenen 4 Wochen im beruflichen Bereich?

Ist sie sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die 0% an. Ist sie sehr gut gewesen, kreuzen Sie die 100% an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen!

Meine Leistungsfähigkeit war in den letzten 4 Wochen im Bereich

• **Beruf**

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

19.

An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer aktuellen Beschwerden krankgeschrieben?

an Tagen

20.

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?

nein

ja

21.

Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

nein

ja

22.


Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

nein

ja


Was an Ihrer beruflichen Situation verändert?

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<input type="checkbox"/> Ich arbeite mit neuen Aurgaben bei meinem alten Arbeitgeber.	<input type="checkbox"/> Ich habe meinen Arbeitsplatz verloren.
<input type="checkbox"/> Ich habe den Arbeitgeber gewechselt.	<input type="checkbox"/> Ich habe meine Arbeit aufgegeben.
<input type="checkbox"/> Meine Arbeitszeit wurde verkürzt.	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbstätigkeit gestellt.
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Umschulung begonnen.	<input type="checkbox"/> Mir wurde eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bewilligt.
<input type="checkbox"/> Ich habe jetzt eine Arbeit, die meiner eingeschränkten Erwerbsfähigkeit angepasst ist.	<input type="checkbox"/> Ich bin im (Vor-) Ruhestand.
anderes:  _____	

Lebensgewohnheiten

24.	<p>Wie oft betätigen Sie sich körperlich (z.B. Spazierengehen, Gartenarbeit, Fahrradfahren, im Haushalt oder beim Schwimmen)?</p> <p>Bitte setzen Sie nur ein Kreuz an die entsprechende Stelle!</p>
<input type="checkbox"/>	regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche
<input type="checkbox"/>	regelmäßig, 2 . 4 Stunden in der Woche
<input type="checkbox"/>	regelmäßig, 1 . 2 Stunden in der Woche
<input type="checkbox"/>	weniger als 1 Stunde in der Woche
<input type="checkbox"/>	nie

25.	<p>Welche Angebote bezüglich Ihrer Rückenbeschwerden haben Sie nach Ihrer Reha-Maßnahme genutzt? Sie können auch mehrere Kreuze setzen!</p>
<input type="checkbox"/>	Anwendungen (z.B. Packungen, Bäder, Massagen u.ä.)
<input type="checkbox"/>	Sportverein (z.B. Nordic Walking)
<input type="checkbox"/>	Fitness-Studio/ Krafttraining
<input type="checkbox"/>	Kurse (z.B. Rückenschule, Nichtraucher-, Schmerzbewältigungstraining)
<input type="checkbox"/>	Entspannungsübungen (z.B. Autogenes Training)
<input type="checkbox"/>	Ausdauersport (z.B. Laufen, schnelles Gehen, Schwimmen)
Etwas Anderes:  _____	
<input type="checkbox"/>	Ich habe bisher keine solche Angebote genutzt

26.	<p>Haben Sie während der Reha eine körperliche/ sportliche Aktivität gefunden, die Sie dauerhaft in Ihren Alltag integrieren konnten?</p>
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, nämlich  _____

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

langfristigen Ziele der Rehabilitationsmaßnahme besprochen?

nein

ja

Wenn ja, welche?:  _____

28.

Wenn Sie sich an Ihre persönlichen Ziele vor Reha-Beginn erinnern, welche davon konnten erreicht werden? Sie können auch mehrere Kreuze setzen!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steigerung körperlicher Aktivität | <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion |
| <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung | <input type="checkbox"/> Stressabbau |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung des Gesundheitszustandes | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Beweglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Lernen, mich richtig zu bewegen |
| <input type="checkbox"/> Lernen, mit der Krankheit umzugehen | <input type="checkbox"/> Reduktion der Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Erhaltung/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Keine |

andere:  _____

29.

Haben Ihnen die 3 Bewegungstagebücher dabei geholfen, Ihre Vorsätze im Alltag dauerhaft aufrecht zu erhalten bzw. umzusetzen?

- nein Bitte mit 29b fortfahren ja Bitte mit 29c fortfahren

29b.

Wenn nein, warum nicht? Sie können auch mehrere Kreuze setzen!

- ...ich hatte keine Lust
- ...ich hatte keine Zeit
- ð das war mir zu kompliziert
- ð ich hätte andere Unterstützung gebraucht, nämlich  _____
- ð ich habe die Bewegungstagebücher verloren
- ð ging im Alltag unter
- ð das hatte andere Gründe, nämlich:  _____

29c.

Wie beurteilen Sie insgesamt die Unterstützung durch die 3 Bewegungstagebücher?
Bitte setzen Sie ein Kreuz an die entsprechende Stelle!

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| sehr gut
<input type="checkbox"/> | gut
<input type="checkbox"/> | zufriedenstellend
<input type="checkbox"/> | weniger gut
<input type="checkbox"/> | schlecht
<input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|

30.

Wurde Ihnen für die Zeit nach Ihrem Aufenthalt die Möglichkeit angeboten, sich (z.B. bei Fragen, Ängsten in Bezug auf körperliche Aktivität) an Ihre Rehabilitationseinrichtung zu wenden?

- nein Bitte mit 31 fortfahren ja Bitte mit 30b fortfahren

30b.

Haben Sie diese Möglichkeit in Anspruch genommen?

- nein Bitte mit 31 fortfahren ja Bitte mit 30c fortfahren

...die Unterstützung erhalten, die Sie erwartet haben?

ja

31. Wurden Sie innerhalb des Nachsorgezeitraums von Seiten der Klinik kontaktiert (z.B. um Sie an die Rückgabe der Bewegungstagebücher zu erinnern)?

nein

ja

32. Wie beurteilen Sie insgesamt die Betreuung durch Ihre Reha-Klinik in der Zeit nach Ihrem stationären Aufenthalt?

Setzen Sie an die entsprechende Stelle bitte ein Kreuz!

sehr gut

gut

zufriedenstellend

weniger gut

schlecht

33. Wurden Ihre Familie bzw. andere Ihnen nahestehende Menschen in die weitere Versorgung/ Nachbetreuung zu Hause einbezogen?

nein

ja

34. Hat Ihr Hausarzt den Info-Brief erhalten?

nein

ja

35. Hat Ihr Hausarzt mit Ihnen über die Bedeutung der Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität gesprochen?

nein

ja

36. Hat Ihr Hausarzt Sie bei der Verwirklichung Ihrer Vorsätze unterstützt (z.B. indem er Sie ermutigt hat)?

nein

ja

37. Wie beurteilen Sie den langfristigen Erfolg Ihrer Reha-Behandlung insgesamt?

Setzen Sie an die entsprechende Stelle bitte ein Kreuz!

sehr gut

gut

zufriedenstellend

weniger gut

schlecht

38. Würden Sie dieses Rehabilitationsprogramm Ihrer Familie oder Freunden bei Bedarf weiterempfehlen?

nein

ja

ANK FÜR IHRE TEILNAHME!



Nicht vergessen:

Das Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck (Leitung: Herr Prof. Dr. Dr. H. Raspe) übernimmt für uns die Auswertung der Daten. Deshalb versenden Sie diesen Fragebogen bitte nur mittels des beigelegten Rücksendeumschlags direkt dort hin. Ihnen entstehen dabei keine Kosten für den Versand!

Um Ihre Anonymität zu wahren, verzichten Sie auf die Angabe Ihres Absenders!

Falls Sie diesbezüglich Rückfragen haben sollten, wenden Sie sich gerne an die Projektmitarbeiterin vor Ort:

Frau S. Schramm

0451/ 799 25 36

- Institut für Sozialmedizin -

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Beckergrube 43 . 47
23552 Lübeck