

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir hoffen sehr, Sie hatten einen angenehmen Aufenthalt in unserer Klinik. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Klinik bemühen sich, Ihre Behandlung so gesundheitsförderlich wie möglich zu gestalten. Wir bitten Sie deshalb, uns im Rahmen der Patientenbefragung mitzuteilen, inwieweit uns dies Ihrer Meinung nach gelungen ist.

Wenn Sie nun auf Ihren Aufenthalt zurückblicken, gab es sicherlich Dinge, mit denen Sie zufrieden waren. Möglicherweise waren Sie aber auch mit einigen Umständen weniger zufrieden. Ihre offene und ehrliche Meinung ist uns wichtig. Die gewissenhafte Beantwortung aller Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich zu steigern.

Ihre Antworten werden anonym und streng vertraulich behandelt. Bevor Sie sich zur Teilnahme entschließen, lesen Sie bitte die nachfolgenden **Hinweise zum Datenschutz**:

Die Fragebögen werden von einer außerhalb der Klinik befindlichen Auswertungsstelle ausgewertet. Zu diesem Zweck werden die ausgefüllten Fragebögen in unserem Hause gesammelt und an diese Stelle übersandt. Auf den Fragebögen dürfen aus diesem Grund kein Name und keine Anschrift vermerkt werden. Weder die Auswertungsstelle, noch die Klinik hat somit die Möglichkeit, einen Bezug zu Ihrer Person herzustellen. Niemand kann aus den Ergebnissen der Untersuchung erkennen, von welchen Personen die Angaben gemacht worden sind. Es gibt keine Auswertung von Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen. Sie nehmen an der Befragung freiwillig teil. Auch wenn Sie die Teilnahme ablehnen, erwachsen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vor Ihrer Abreise aus und werfen Sie ihn **in den blauen Patientenbriefkasten mit der Aufschrift "Einwurf Patientenfragebogen" in der Eingangshalle im Erdgeschoss** ein.

Für Rückfragen zu dieser Befragung stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne persönlich zur Verfügung. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit!

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit und freundlichen Grüßen

Ihr Team der Nordseeklinik Borkum

Hinweise zum Ausfüllen

Für eine fehlerfreie Bearbeitung verwenden Sie bitte einen dünnen schwarzen oder blauen Stift. Bitte beantworten Sie alle Fragen und beachten Sie die Hinweise in den folgenden drei Beispielen:

Setzen Sie Ihre Kreuzchen in eines der dafür vorgesehenen Kästchen.

Bitte keine Ankreuzungen zwischen den Kästchen.

Beispiel 1:

10. Pflegerische Betreuung während der Rehabilitation

Die Krankenschwestern / Krankenpfleger waren einfühlsam und verständnisvoll.....

trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einige der Fragen beziehen sich auf Behandlungsmaßnahmen oder Themen, die für Sie möglicherweise nicht zutreffen.

Ist dies der Fall, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an, wie hier in Beispiel 2 bei der Krankengymnastik. Damit haben Sie die Frage beantwortet und können zur nächsten Frage übergehen, hier Sport- und Bewegungstherapie.

Beispiel 2:

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 Gruppe (z.B. Übungen des Bewegungssystems und Bewegungsverhaltens, Muskelaufbautraining)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Ergometertraining auf dem Fahrrad, Sport und Bewegung in der Halle oder im Freien, Aquatraining)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte die entsprechende Zahl ein.

Beispiel 3:

5. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

Wie lange hat Ihre Rehabilitation gedauert?

2	1
---	---

 Tage

Falls Sie mit eigenen Worten Lob, Anregungen oder Kritik hinzufügen möchten, so verwenden Sie bitte das beiliegende Extrablatt!

Die folgenden Angaben sind freiwillig!

Wir würden uns aber sehr freuen, wenn sie dieses Zusatzblatt ausfüllen. Hier können Sie mit eigenen Worten Lob, Anregungen oder Kritik äußern. Ihre Angaben bleiben in der Klinik!

Falls notwendig, benutzen Sie auch die Rückseite für Ihre Ausführungen.

Insgesamt gut gefallen hat mir in der Klinik:

Insgesamt überhaupt nicht gefallen hat mir in der Klinik:

Haben Sie Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge für die Organisation der Klinik und Durchführung der Therapie?

Datum des Ausfüllens

--	--

Monat

--	--	--	--

Jahr

Damit wir gegebenenfalls persönlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen könnten, wären wir für folgende Angaben - auf freiwilliger Basis - sehr dankbar. Sind Sie mit dem folgenden Nutzungszweck einverstanden, kreuzen Sie dies bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld bitte frei.

Ich willige ein, dass mich die Nordseeklinik postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf.

Ihr Name

Zimmer-Nr.

Anschrift

E-Mail

(bitte in Druckbuchstaben)

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Nordseeklinik Borkum übermitteln.

28. Rehabilitationserfolg

Ich bewerte den Erfolg der Rehabilitation insgesamt als

schlecht mittel-
mäßig gut sehr
gut ausge-
zeichnet

29. Angaben zu Ihrer Person

Ihr Geschlecht weiblich männlich

Wer ist der Kostenträger für den jetzigen Klinikaufenthalt?

Ihr Alter (in Jahren)

- Deutsche Rentenversicherung (DRV) **Bund**
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) **Rheinland**
- andere **regionale** Deutsche Rentenversicherung (DRV)
(z.B. DRV Rheinland-Pfalz, DRV Braunschweig-Hannover)
- Gesetzliche Krankenkasse / Ersatzkasse
- Private Krankenversicherung / Beihilfe / Selbstzahler
- Sonstige: _____

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben?

- ohne Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur
- anderer Abschluss

ZUF-8

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|
| 1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen? | ausge-
zeichnet | 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 Allge-
meinen 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 über-
haupt 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. 2014)

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

Brauchten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens? Nein Ja



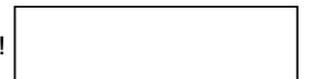
Patientenfragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation

Nordseeklinik Borkum
- Psychosomatik -

in Zusammenarbeit mit



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



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"/>				
... Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit vor der Rehabilitation bewerten?	<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"/>				

25. 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 27** weiter!
- ... Rentner/in, Pensionär/in oder im Vorruhestand ---> Gehen Sie bitte **direkt zu Frage 27** weiter!
- ... Auszubildende / Auszubildender

26. Fragen zur Erwerbstätigkeit, Erwerbsfähigkeit, zum Leistungsvermögen und zur Rente

Bitte beantworten Sie den gesamten **Frageblock 26 nur**, wenn Sie **berufstätig oder arbeitslos gemeldet** sind!

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

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

26.3 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

26.4 Berufliche Leistungsfähigkeit

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

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

	stark ver- schlechtert	etwas ver- schlechtert	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"/>				

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"/>				

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"/>				

26.5 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"/>

27. Gesamtbewertung der Rehabilitation

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



21. Freizeit
Wie bewerten Sie ...

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

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

22. 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)	<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"/>

	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"/>

23. 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 (z.B. Lungensport)	<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. Laufen, rasches Gehen, 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, Muskelaufbautraining, ambulante Sucht-Nachsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratungsstelle/Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 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	unver- ändert	etwas schlechter	deutlich schlechter
Mein Gesundheitszustand ist	<input type="checkbox"/>				
Meine Beschwerden sind	<input type="checkbox"/>				
Mein körperliches Befinden ist	<input type="checkbox"/>				
Mein seelisches Befinden ist	<input type="checkbox"/>				
Mein Allgemeinbefinden ist	<input type="checkbox"/>				
Meine Leistungsfähigkeit ist	<input type="checkbox"/>				

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. Psychotherapeutische 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
Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die psychotherapeutischen Gespräche haben mir geholfen	<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 unzu- zufrieden	unzu- zufrieden	teils, teils	zufrieden	sehr zufrieden
... mit der ärztlichen Betreuung?	<input type="checkbox"/>				
... mit der psychologischen Betreuung?	<input type="checkbox"/>				
... mit der pflegerischen Betreuung?	<input type="checkbox"/>				
... mit der therapeutischen Betreuung?	<input type="checkbox"/>				

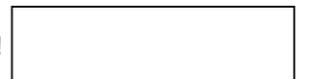
12. Haben Sie folgende Maßnahmen erhalten? Wenn ja, wie bewerten Sie diese?

	Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren --->	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut
Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtrauchertraining	<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 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, Bewegungskompetenzgruppe, Muskelaufbautraining)	<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. Sport und Bewegung in der Halle oder im Freien, Aquatraining)	<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. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite



Fortsetzung:
13. 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
Vorträge, Seminare oder Schulungen	<input type="checkbox"/>						
Entspannungstherapie (z.B. Muskelentspannung, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>						

14. 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. Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen Rentenfragen, Schwerbehinderten-Ausweis)	<input type="checkbox"/>						
Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Fortführung von Behandlungen am Wohnort zu erleichtern? (z.B. Adressen- und Kontaktvermittlung, Kontaktaufnahme mit Ärzten oder Diensten am Wohnort, Gesundheitssport / IRENA)	<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 Arbeitsplatzanpassung, Informationen über Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung, Gespräch mit Ihrem Betrieb, Vorbereitung einer stufenweisen Wiedereingliederung)	<input type="checkbox"/>						

15. 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"/>						
Zu den Themen Stress und Stressabbau	<input type="checkbox"/>						
Zu den Themen Schmerz und Schmerzbewältigung	<input type="checkbox"/>						
Zu den Themen Bewegung, Bewegungsmangel, Sport und Herz-Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/>						
Zu krankheitsbezogenen Themen wie z.B. Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>						
Zu Alltagsdrogen wie z.B. Nikotin, Alkohol und andere Drogen	<input type="checkbox"/>						

16. 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"/>

17. 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"/>				
Wann begannen Ihre Behandlungen?	<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"/>				
Wie häufig wechselte während Ihrer gesamten Rehabilitation bei einer Therapie der betreffende Therapeut oder die Therapeutin?	<input type="checkbox"/>				

18. 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"/>				
... die Organisation der Abläufe im Verwaltungsbereich?	<input type="checkbox"/>				
... die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter des Empfangs / der Rezeption?	<input type="checkbox"/>				
... die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter der Patientenverwaltung?	<input type="checkbox"/>				
... den Fahrdienst bei An- und Abreise?	<input type="checkbox"/>				

19. Räumlichkeiten und Reinigung Wie bewerten Sie ...

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

20. Ernährung und gastronomischer Service Wie bewerten Sie ...

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

