

6. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen ergangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen Wochen...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	immer	meistens	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nun folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihrer Lebensqualität. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung an Ihr Leben in der vergangenen Woche.

8. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde und / oder Familie?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie zufrieden sind Sie mit der Situation an Ihrem Arbeitsplatz?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	nicht beurteilbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie Fragen, inwieweit sich Ihre Erwartungen und Ziele in der von Ihnen vor 3 Monaten durchgeführten Rehabilitationsbehandlung erfüllt haben. Bitte entscheiden Sie jeweils, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an wie stark (von „ein wenig“ bis „sehr stark“). Wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „überhaupt nicht“.

17. Wie stark, glauben Sie, hat die von Ihnen durchgeführte Heilbehandlung zur Besserung Ihrer Beschwerden geführt?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte entscheiden Sie im Folgenden jeweils, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.
 Wenn ein Ziel voll verwirklicht ist, kreuzen Sie bitte „vollständig“ an.
 Wenn eine Aussage nicht zu Ihren Zielen gehörte, kreuzen Sie bitte „war nicht mein Ziel“ an.

18. Inwieweit sehen Sie Ihre ursprünglichen Ziele aus heutiger Sicht verwirklicht?	überhaupt nicht	teilweise	vollständig	war nicht mein Ziel
• Ich bin wieder zu Kräften gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich habe alte, mir schadende Gewohnheiten abgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich habe mich entspannen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich habe ein aktiveres Leben geführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin körperlich fit für den Alltag geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich kann meine Schmerzen jetzt besser bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte mein Gewicht optimieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen / erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte meine Schmerzen reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte meine Niedergeschlagenheit bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich fühle mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte die Angst vor meiner Krankheit bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin beschwerdefrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Hilfestellungen, die Ihnen seitens der Klinik für die Zeit nach der Rehabilitation angeboten wurden. Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage mit ja oder nein.

	ja	nein
19. Haben Sie einen Nutzen aus den Verhaltensempfehlungen erhalten, die Ihnen während des Aufenthaltes zur Bewältigung Ihres Alltages gegeben wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Haben Sie die Ihnen während Ihres Aufenthaltes genannten Ansprechpartner für Beratung und Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend eine letzte Frage zur Beurteilung des Nachsorgeangebotes im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme.
 Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

21. Wie beurteilen Sie die Aspekte der Betreuung und Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation durch nachstehende Personen / Institutionen?	gut	mittel	schlecht	nicht erhalten	nicht notwendig
• Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Therapeuten (Masseur, Krankengymnast, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir danken Ihnen für die letztmalige Beantwortung unserer Fragen. Für Ihre Zukunft wünschen wir Ihnen alles Gute.