



# PAREMO-20

## Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation

Nübling, R., Kriz, D., Hafen, K., Herwig, J., Wirtz, M., Töns, N. & Bengel, J.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stehen am Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme, welche Sie dazu befähigen soll, die verschiedenen Anforderungen des Alltags besser zu bewältigen. Ihre Gründe, Ziele und Erwartungen, die mit dieser Reha-Maßnahme verbunden sind, sind wichtige Hinweise für die Planung und Durchführung der Rehabilitation.

Daher bitten wir Sie den vorliegenden Fragebogen auszufüllen und Ihrem behandelnden Arzt zu geben. Bitte markieren Sie jeweils nur ein Kästchen. Bei Korrekturen streichen Sie bitte die ungültigen Markierungen deutlich aus.

<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Alter</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahre
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ mit festem Partner <input type="checkbox"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	
<b>Berufsausbildung (höchster Abschluss)</b> <input type="checkbox"/> Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung) <input type="checkbox"/> Universität/Hochschule <input type="checkbox"/> Fachschule (Meister-/Technikerschule, Berufs-/Fachakademie) <input type="checkbox"/> andere Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Ingenieurschule <input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung	
<b>Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ?</b> <input type="checkbox"/> ja, ganztags <input type="checkbox"/> nein, Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> nein, Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> ja, mindestens halbtags <input type="checkbox"/> nein, in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein, Alters-/Witwenrente <input type="checkbox"/> ja, weniger als halbtags <input type="checkbox"/> nein, arbeits-/erwerbslos <input type="checkbox"/> nein, anderes (z.B. Mutterschutz)	
<b>Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt ?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Um welche Art von Reha-Behandlung handelt es sich bei Ihrem jetzigen Klinikaufenthalt ?</b> <input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahme	

Diese Felder bitte nicht ausfüllen  
**Patienten - ID**                      **Klinik - ID**



<b>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen mit Ihren Meinungen und Erfahrungen übereinstimmen.</b>	stimmt nicht 1	stimmt eher nicht 2	stimmt eher 3	stimmt 4
1. Durch meine körperliche Beeinträchtigung bin ich weniger unternehmungslustig als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn es mir schlecht geht, kümmert sich eher jemand um mich als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich möchte mein Leben von Grund auf ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich weiß wenig über den Zweck von Rehabilitationsbehandlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich leide stark unter körperlichen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich werde meinen Lebensstil ändern müssen, um wieder gesund zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn es mir sehr schlecht geht, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin fest entschlossen mich zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine körperlichen Beschwerden behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich kann mir schwer vorstellen, dass sich meine Beschwerden bessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe seelische Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mir unsicher, ob mir hier geholfen werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich weiß wenig darüber, wie eine Rehabilitationsbehandlung abläuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Kollegen verständnisvoller als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich leide stark unter seelischen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich muss bei alltäglichen Tätigkeiten auf meine körperlichen Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühle mich seelisch ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich hatte keine Zeit, mich vorher über die Rehabilitationsbehandlung zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Familie mehr Rücksicht auf mich als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich glaube, die Rehabilitationsbehandlung wird mir dauerhaft helfen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen

**Patienten - ID**