



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können uns helfen, immer besser zu werden. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schildern uns anhand des Fragebogens Ihre persönlichen Eindrücke von Ihrer ambulanten Rehabilitation. Durch Ihre Mithilfe, konstruktive Kritik und Anregungen werden wir immer bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation in unserer ambulanten Einrichtung schaffen können.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen nach der letzten Behandlung an der Anmeldung der ambulanten Reha ab. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit ein herzliches Dankeschön!

**Ihr Behandlungsteam**



**1. In welches Fachgebiet fällt Ihre Behandlung?**

- <sub>1</sub> Orthopädie <sub>2</sub> Kardiologie

**2. War unsere ambulante Einrichtung Ihre Wunscheinrichtung?**

- <sub>1</sub> Ja, ich wollte von mir aus in diese ambulante Einrichtung.  
<sub>2</sub> Nein, ich wäre lieber in eine andere ambulante Einrichtung gegangen.  
<sub>3</sub> Nein, ich wäre grundsätzlich lieber stationär in einer Klinik behandelt worden.  
<sub>4</sub> Ich hatte keine bestimmte Reha-Einrichtung im Auge.

**3. Planung und Ziele der Rehabilitation**

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
a) Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben gleich am Anfang die Ziele meiner Reha mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) Die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele meiner Behandlung wurden im Verlauf der Behandlung mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Ärztliche Betreuung**

	ja	eher ja	teils ja teils nein	eher nein	nein
a) Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärztin/der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich denke, die Ärztin/der Arzt hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5





## 5. Haben Sie folgende Behandlungen erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Physiotherapie (Krankengymnastik) einzeln und/oder in der Gruppe (z. B. Übungen für das Bewegungssystem und das Bewegungsverhalten):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

b) Sport- und Bewegungstherapie (z. B. MTT, Ergometertraining, Sport und Bewegung in der Halle, im Bewegungskörperbad oder im Freien):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

c) Physikalische Anwendungen (z. B. Massagen, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie waren → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

d) Ergotherapie (z. B. Hilfen für den Alltag und zur Arbeitserleichterung, Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

e) Psychologie (Einzelgespräche mit Diplom-Psychologen):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

f) Entspannungstherapie (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

## 6. Haben Sie an Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

z. B. zu den Themen: gesunde Lebensführung, ausgewogene Ernährung, Bewegung, Stressabbau, Schmerz, Alltagsdrogen sowie zu krankheitsbezogenen Themen wie z. B. Rückenprobleme, Rheuma:

<sub>0</sub> nein, nicht teilgenommen     ja, und sie waren → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

## 7. Haben Sie folgende Beratung erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Sozialberatung durch den Klinischen Sozialdienst (Fragen der Rückkehr zur Arbeit, rechtliche Dinge):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht

b) Ernährungsberatung (Einzelberatung, Lehrkochen):

<sub>0</sub> nein, nicht erhalten     ja, und sie war → <sub>1</sub> sehr gut    <sub>2</sub> gut    <sub>3</sub> teils, teils    <sub>4</sub> schlecht    <sub>5</sub> sehr schlecht





8. Hat Ihnen die Behandlung bereits geholfen hinsichtlich ...	ja, sehr	ja, etwas	nein	betrifft mich nicht
a) Linderung der Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verbesserung des seelischen Wohlbefindens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vorbereitung auf den häuslichen Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vorbereitung auf berufliche Belastungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

9. Therapieablauf: Wie häufig kam es vor, ...	nie	selten (höchstens 1x/ Woche)	manchmal (höchstens 2x/ Woche)	häufig (mehr als 2x/ Woche)	fast immer (war die Regel)
a) dass Therapien ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dass sich Behandlungstermine überschritten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dass Änderungen in Ihrem Terminplan Ihnen nicht mitgeteilt worden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dass Sie von einer Therapie zur anderen „hetzen“ mussten, weil Ihr Therapieplan zeitlich so knapp war?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Service und Komfort: Wie beurteilen Sie ...	sehr gut	gut	teil, teils	schlecht	sehr schlecht
a) die Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Parkplatzsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) die Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) die Ausstattung der Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) die Sauberkeit der Umkleieräume, Therapieräume, Duschen und Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) das Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) den Service im Speisesaal/-raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) die Atmosphäre im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### 11. Gesamtwertung

- a) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Reha im Großen und Ganzen?
- <sub>1</sub> sehr zufrieden                      <sub>2</sub> weitgehend zufrieden  
<sub>3</sub> leicht unzufrieden                      <sub>4</sub> ziemlich unzufrieden
- b) Würden Sie unsere ambulante Reha weiterempfehlen?
- <sub>1</sub> eindeutig ja      <sub>2</sub> ich glaube ja      <sub>3</sub> ich glaube nicht      <sub>4</sub> eindeutig nicht





## 12. Fragen für die Statistik

- a) Ihr Geschlecht? <sub>1</sub> weiblich <sub>2</sub> männlich
- b) Ihr Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
- c) Welcher Art ist Ihre ambulante Rehabilitation?  
<sub>1</sub> Anschlussheilbehandlung (AHB) <sub>2</sub> Rehabilitation/Heilverfahren <sub>3</sub> Sonstiges (z.B. EAP, IRENA)
- d) Wie kommen Sie *hauptsächlich* in unsere Einrichtung?  
<sub>1</sub> Ich fahre selbst mit dem eigenen Auto.  
<sub>2</sub> Ich werde von meinem Partner, Verwandten oder Bekannten gebracht.  
<sub>3</sub> Ich benutze öffentliche Verkehrsmittel.  
<sub>4</sub> Sonstiges
- e) Wieviel Fahrzeit benötigen Sie durchschnittlich von Ihrem Zuhause bis zu unserer Einrichtung?  
 etwa \_\_\_\_\_ Minuten
- f) Wie sind Sie auf unsere ambulante Einrichtung gekommen? (Bitte nur den wichtigsten Grund nennen)  
<sub>1</sub> Empfehlung meines Haus-/Facharztes  
<sub>2</sub> Empfehlung des Arztes im Krankenhaus  
<sub>3</sub> Empfehlung des Sozialdienstes im Krankenhaus  
<sub>4</sub> Empfehlung der Krankenkasse  
<sub>5</sub> Empfehlung der Rentenversicherung  
<sub>6</sub> Empfehlung von Verwandten/Freunden/Bekanntem  
<sub>7</sub> aufgrund eigener guter Erfahrungen (frühere Behandlung)  
<sub>8</sub> aufgrund von Presseberichten  
<sub>9</sub> über das Internet  
<sub>10</sub> Sonstiges, nämlich \_\_\_\_\_

## 13. Hier können Sie uns abschließend mitteilen, was wir Ihrer Meinung nach verbessern sollten, oder auch, was Ihnen besonders gut gefallen hat.

---



---



---



---

### Freiwillige Angaben (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

