



Basisblatt, Patient Entlassung

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:
 _____ 2 _____
 Aufnahmeummer:

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

4 sehr gut 3 gut 2 zufriedenstellend 1 weniger gut 0 schlecht

gz

Nachfolgend finden Sie die Reha-Ziele, die Sie zu Beginn dieses Aufenthaltes als sehr wichtig ausgewählt hatten. Bitte beurteilen Sie für jedes Ziel den Erfolg aus Ihrer Sicht:

	nicht erreich...	teilweise erreicht	ganz erreich...	
Weiterführende Untersuchungen zu meiner Erkrankung.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zvd
Ich möchte mehr über meine Erkrankung wissen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zki
Ich möchte eine Besserung meiner Beschwerden.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zbb
Ich möchte eine Änderung meines Körpergewichts erreichen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zgn
Ich möchte Gesundheitsrisiken verringern, die bei mir vorliegen (z.B. Rauchen, Alkohol, zu hoher Blutdruck, zu hohes Cholesterin, erhöhter Blutzucker, zu wenig Bewegung).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zrv
Ich möchte lernen, was ich selbst tun kann, um ein Fortschreiten meiner Erkrankung zu verhindern.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zkv
Ich möchte meine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zlf
Ich möchte wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Streß) besser fertig zu werden.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zve
Ich möchte weniger niedergeschlagen und änstlich sein.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zda
Ich möchte lernen, mit meiner Erkrankung besser zu leben und umzugehen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zkb
Ich möchte mehr über technische Hilfen (z.B. Blutdruck-, Blutzuckermeß- geräte, Stomaartikel) erfahren, um meine Erkrankung selbst besser in den Griff zu bekommen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsk
Ich möchte zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zaa
Ich möchte Hilfen, um weiter oder wieder arbeiten zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zbi
Ich möchte lernen, auch als Kranker wieder mehr Kontakt und besseren Umgang mit anderen zu haben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsi
Ich möchte, daß die Behandlung meiner Krankheit verbessert wird.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zto
Ich möchte eine Besserung unerwünschter Behandlungsfolgen (z.B. nach Operation/Bestrahlung/Medikamente).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	ztf
Ich möchte geklärt haben, ob und was ich mit meiner Erkrankung arbeiten kann.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsb

Ihr Informationsstand über Ihre Erkrankung(en) ist:

1 ich bin umfassend über meine Krankheit(en) informiert
 2 ich wurde zu wenig über meine Erkrankung(en) aufgeklärt

ies

Ihr Wunsch für die Zukunft:

1 keine weiteren Informationen über meine Krankheit(en)

iew



Tumor, Patient Entlassung

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:
 _____ 2 _____
 Aufnahmeummer:

Sie finden im folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Leben vorkommen können. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

	trifft nicht zu	kaum	etwas	mehr	stark	sehr stark	
Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he1
Ich denke häufiger mit Angst an den Tod.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he2
Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he3
Ich habe Angst vor Hilflosigkeit / Siechtum.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he4
Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he5
Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he6
Ich habe Angst davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he7
Ich leide häufiger unter Schlafstörungen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he8
Ich leide häufiger unter depressiven Verstimmungen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he9
Ich bin oft angespannt bzw. nervös.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he0