

**Sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig, vollständig und
frühestens eine Woche vor Anreise aus und bringen ihn zur Aufnahme mit! Vielen Dank!**

1.1 Jetzige Beschwerden: Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, unter welchen körperlichen, geistigen und seelischen Beschwerden Sie im Alltagsleben im Moment vor allem leiden:

1.2 Entwicklung der Beschwerden: Bitte beschreiben Sie kurz, wann die Beschwerden begannen, wie sie sich im Verlauf entwickelt haben, durch welche Umstände sie beeinflusst wurden und welche Behandlungsversuche bisher unternommen wurden:

Prästationärer Fragebogen

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

| Medikamentenname und Dosierung (z.B. ASS 100 mg 1-0-0-0) | morgens | mittags | abends | zur Nacht | bei Bedarf |
|--|---------|---------|--------|-----------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Bitte geben Sie hier alle behandelnden Ärzt*innen & Therapeut*innen an, die in die Behandlung Ihrer aktuellen Problematik eingebunden sind:

| Name | Fachgebiet | Adresse |
|------|------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1.3 Weitere Erkrankungen / Operationen / Unfälle:

Bitte tragen Sie weitere wichtige medizinische Informationen, die Sie vorab nicht beschrieben haben, in folgende Tabelle ein:

| Jahr | Körperliche und psychische Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Erstfeststellung einer bleibenden Erkrankung (z.B. Diabetes, Bluthochdruck) |
|------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

| | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> keine bekannt | <input type="checkbox"/> ja, gegen: |
| Medikamenten-unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> keine bekannt | <input type="checkbox"/> ja, gegen: |

Prästationärer Fragebogen

1.4 Lebensgeschichtliche Aspekte:

Bitte beschreiben Sie kurz prägende Beziehungserfahrungen, Erlebnisse oder Ereignisse aus Ihrer Lebensgeschichte, wenn Sie denken, dass diese für Ihre Erkrankung von Bedeutung sind:

1.5 Vegetative Funktionen:

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle zu allgemeinen Körperfunktionen aus:

| | | | |
|---------------------|---|---|--|
| Appetit | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> gesteigert |
| Durst | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> gesteigert |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> konstant _____ kg | im letzten Jahr habe ich _____ kg zugenommen _____ kg abgenommen | |
| Körpergröße | _____ cm | Ich bin kleiner geworden um _____ cm | |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> unauffällig, normal | <input type="checkbox"/> Verstopfungen <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Durchfälle <input type="checkbox"/> Schwarzfärbung |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> unauffällig, normal | <input type="checkbox"/> häufiger Harndrang <input type="checkbox"/> Verzögerter Harnstrahl <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen, etwa _____ x/Nacht | <input type="checkbox"/> Nachtröpfeln <input type="checkbox"/> Brennen |
| Schlaf | <input type="checkbox"/> normal, erholsam | <input type="checkbox"/> Ich schnarche <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> ...wegen Schmerzen <input type="checkbox"/> ...wegen Grübelneigung <input type="checkbox"/> Ich fühle mich morgens zerschlagen <input type="checkbox"/> Ich leide unter lästiger Tagesmüdigkeit | |

2.1 Soziale Situation:

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle zu Ihren aktuellen Lebensumständen aus:

Ich bin ledig verheiratet geschieden verwitwet in fester Partnerschaft

Mein/ (Ehe)-Partner/in ist berufstätig arbeitssuchend Rentner/in

Kinder: (Anzahl) _____ Kinder im Alter von _____ bis _____ Jahren.

Die Kinder wohnen mit im Haushalt bei leiblicher/n Mutter / Vater außerhäu-
sig

Fahrerlaubnis PKW LKW kein Führerschein

Ich habe einen eigenen PKW keinen PKW wir haben einen Familien-PKW



Prästationärer Fragebogen

| | | |
|---|--|---|
| Ich lebe | <input type="checkbox"/> allein | <input type="checkbox"/> mit Partner/in / Familie |
| Ich lebe in | <input type="checkbox"/> einer Mietwohnung | <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> einem eigenen Haus |
| Ich bin mit der Wohnsituation | <input type="checkbox"/> zufrieden | <input type="checkbox"/> nicht zufrieden |
| Ich habe bei der häuslichen Versorgung | <input type="checkbox"/> keine Hilfe | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch ambulante Pflege |
| Bei der Bewältigung von Belastungen werde ich unterstützt von: | | |

Risikofaktoren:

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Ernährung | <input type="checkbox"/> Ich achte auf gesunde, ausgewogene Kost <input type="checkbox"/> Ich denke, dass ich zu viel esse <input type="checkbox"/> Ich denke, dass ich mich ungesund ernähre: <input type="checkbox"/> zu viel Süßes <input type="checkbox"/> zu viel Fett <input type="checkbox"/> zu viel Fleisch <input type="checkbox"/> zu wenig Gemüse, Obst | |
| Bewegung | <input type="checkbox"/> Ich betreibe Sport _____x/ Wo für ca. _____Minuten | <input type="checkbox"/> Ich betreibe keinen Sport |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> keinen mehr seit _____Jahren | <input type="checkbox"/> gelegentlich, z. B. bei Feierlichkeiten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich: welche Sorte: wie viele Gläser: |
| Tabakkonsum | <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> keinen mehr seit _____Jahren | Ich rauche <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife Durchschnittliche Anzahl am Tag _____ Seit wie vielen Jahre insgesamt? _____ |
| weitere Suchtmittel | <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> keinen mehr seit _____Jahren | <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig Welche: |
| Stressbelastung | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> sehr stark |

| | | |
|--|--|--|
| Grad der Behinderung (GdB) / Grad der Schädigungsfolgen (GdS) | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Keinen</u> GdB/S | <input type="checkbox"/> GdB/S von (z.B. 40) _____ | <input type="checkbox"/> GdB/S beantragt |
| Berentung | | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe <u>keinen</u> Rentenantrag gestellt. | <input type="checkbox"/> Ich bin auf Dauer berentet seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe <u>einen</u> Rentenantrag gestellt. | <input type="checkbox"/> Ich beziehe eine befristete Rente bis _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mein Rentenantrag wurde abgelehnt. | <input type="checkbox"/> Ich befinde mich im Widerspruchs-/Klageverfahren. | |

Gibt es etwas, das Ihre aktuelle Lebenssituation besonders belastend macht?



Prästationärer Fragebogen

2.2 Berufstätigkeit: (bei dauerhafter Berentung ist das Ausfüllen nicht erforderlich)

Meine aktuelle bzw. letzte berufliche Tätigkeit:

Ich bin **aktuell erwerbstätig** mit _____ Wochenstunden.

Ich bin zufrieden mit dem Arbeitsplatz. Ich bin nicht zufrieden mit dem Arbeitsplatz.

Erreichen des Arbeitsplatzes mit: Fahrrad, zu Fuß öffentl. Verkehrsmitteln PKW

Fahrzeit _____ Stunden

Ich bin **aktuell arbeitslos** seit _____

Ich bin **aktuell Hausfrau/Hausmann**

Ich bin aktuell nicht krankgeschrieben.

Ich bin aktuell **krankgeschrieben** seit _____ wegen _____

Krankschreibungszeiten in den letzten 12 Monaten: ca. _____ Wochen

Meine zuletzt ausgeübte Tätigkeit traue ich mir...

... weiter zu. ... vorübergehend, aber nicht mehr auf Dauer ... überhaupt nicht mehr

Ich glaube, dass meine **berufliche Situation wesentlich zu meiner Erkrankung beigetragen** hat.

Mir wäre wichtig, dass die konkreten Anforderungen meines Berufes bei der Behandlungsplanung im Vordergrund stehen.

| Zeitlicher Umfang der Anforderungen in der aktuellen Tätigkeit | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Bei Arbeitslosigkeit gilt die letzte Tätigkeit (nicht ABM oder Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung) | | | | | |
| | ständig (> 90 %) | überwiegend (51 - 90%) | häufig (21 - 50%) | zeitweise (5 - 20%) | gelegentlich o- der nie (< 5%) |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkopparbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeiten auf Leitern / Gerüsten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knien / Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heben von Lasten über 10 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heben von Lasten über 15 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zugluft, Kälte, Nässe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schichtdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stressbelastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Belastung: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen zu Ihrem beruflichen Werdegang:

| Berufsausbildung als | von – bis | Art der abgelegten Prüfung | Prüfung bestanden? |
|----------------------|-----------|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Prästationärer Fragebogen

| Fortbildung zum / als | von – bis | Art der abgelegten Prüfung | Prüfung bestanden? |
|-----------------------|-----------|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

| Umschulungsberuf | von – bis | Art der abgelegten Prüfung | Prüfung bestanden? |
|------------------|-----------|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?
 Wo erfolgte die Umschulung?
 Wer war Kostenträger der Umschulung?

Bisher ausgeübte Tätigkeiten („Lebenslauf“), bitte ggf. separat beifügen.

| von – bis | Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung) |
|-----------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.3 Einschränkungen im beruflichen und privaten Alltagsleben:

Bitte beschreiben Sie im Folgenden, bei welchen konkreten Tätigkeiten im beruflichen und privaten Alltag Sie sich durch Ihre Beschwerden besonders beeinträchtigt fühlen! Was können Sie nicht mehr bzw. nur noch eingeschränkt durchführen – und welche Beschwerden sind dafür verantwortlich?

Ihre Behandlungsziele:

Sicherlich haben Sie bereits darüber nachgedacht, was Sie in der Rehabilitationsmaßnahme für sich erreichen wollen. Nach unserer Erfahrung geht es dabei nicht nur um die Besserung von körperlichen und seelischen Beschwerden, sondern auch um die verbesserte Bewältigung beruflicher und privater Alltagsanforderungen. **Aus diesem Grund unterscheiden wir bei den Behandlungszielen folgende vier Bereiche und wir möchten Sie bitten, in jedes Feld der folgenden Tabelle zumindest ein für Sie persönlich wichtiges Ziel einzutragen:**

| |
|--|
| <p>1. Seelisch: Bei welcher seelischen Problematik wollen Sie eine Besserung erreichen?</p> <p>(z. B. Erschöpfung, Antriebsstörung, Angst, Trauer, Verlust, Selbstwertzweifel)</p> |
| <p>2. Körperbezogen: Bei welcher körperlichen Problematik wollen Sie eine Besserung erreichen?</p> <p>(z. B. Schmerz, Luftnot, Trainingsmangel)</p> |
| <p>3. Dazulernen: Zu welchen Bereichen brauchen Sie mehr Information oder Übung?</p> <p>(z. B. meine Erkrankung, Stressbewältigung, Selbstfürsorglichkeit, Entspannung)</p> |
| <p>4. Alltagsbezogen: In welchen Lebensbereichen möchten sie wieder handlungsfähiger werden und sich besser entfalten können?</p> <p>(z. B. Ausübung des Berufs, Umgang mit Menschen)</p> |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|--|--------------------------------------|---|--|
| <p>Was glauben Sie, wer bzw. was Ihnen bei der Erreichung Ihrer Ziele helfen könnte:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin</td><td><input type="checkbox"/> Ich selbst</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Gespräche</td><td><input type="checkbox"/> Partner/Partnerin</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Physiotherapie, Sport und Bewegung</td><td><input type="checkbox"/> Freunde, Verwandte</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gruppenangebote z. B. Gesprächsgruppe, Seminare</td><td><input type="checkbox"/> Entspannung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Informationen aus den Medien z. B. Fernsehen, Bücher, Broschüren</td><td><input type="checkbox"/> Sonstige(s) _____</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> Ich selbst | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Gespräche | <input type="checkbox"/> Partner/Partnerin | <input type="checkbox"/> Physiotherapie, Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> Gruppenangebote z. B. Gesprächsgruppe, Seminare | <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Informationen aus den Medien z. B. Fernsehen, Bücher, Broschüren | <input type="checkbox"/> Sonstige(s) _____ |
| <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> Ich selbst | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Gespräche | <input type="checkbox"/> Partner/Partnerin | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie, Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> Freunde, Verwandte | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gruppenangebote z. B. Gesprächsgruppe, Seminare | <input type="checkbox"/> Entspannung | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Informationen aus den Medien z. B. Fernsehen, Bücher, Broschüren | <input type="checkbox"/> Sonstige(s) _____ | | | | | | | | | |
| <p>Wie groß ist Ihre Erwartung, Ihr Problem bewältigen zu können:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Ich bin völlig sicher, es zu bewältigen.</td><td><input type="checkbox"/> Ich glaube schon, dass es mir gelingt.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ich bin hin und hergerissen, ob ich es schaffe.</td><td><input type="checkbox"/> Ich habe große Zweifel.</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Ich bin völlig sicher, es zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> Ich glaube schon, dass es mir gelingt. | <input type="checkbox"/> Ich bin hin und hergerissen, ob ich es schaffe. | <input type="checkbox"/> Ich habe große Zweifel. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin völlig sicher, es zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> Ich glaube schon, dass es mir gelingt. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin hin und hergerissen, ob ich es schaffe. | <input type="checkbox"/> Ich habe große Zweifel. | | | | | | | | | |

Zum Abschluss möchten wir Sie bitten noch zwei Fragebögen zu beantworten. Der erste beschäftigt sich mit seelischer Erschöpfung, der zweite mit Ihrer beruflichen Situation:

| Gesundheitsfragebogen (PHQ9) | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Schwierigkeit, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fragebogen zur Berufstätigkeit (SIMBO)

SI 1. Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an.

(Tag) (Monat) (Jahr)
 . .

SI 2. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

| | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> ganztags berufstätig | 5 <input type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos —seit—> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 <input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig | 6 <input type="checkbox"/> Rentner wegen Erwerbsminderung |
| 3 <input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig | 7 <input type="checkbox"/> Altersrentner |
| 4 <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann | 8 <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig |

SI 3. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

0 nein 1 ja —falls ja —> seit Wochen

SI 4. Waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?

0 nein 1 ja —falls ja —> insgesamt (0 - 52 Wochen)

SI 5. Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrer Arbeit beeinträchtigt? Der Begriff der Arbeit bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein. (Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Beeinträchtigung, ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.)

keine Beeinträchtigung ⁰ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

SI 6. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

| | |
|--|--|
| trifft zu | trifft zu |
| in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. <input type="checkbox"/> 1 | eine Rente beantragen/bekommen werde. <input type="checkbox"/> 1 |
| in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. <input type="checkbox"/> 1 | arbeitslos sein werde. <input type="checkbox"/> 1 |
| eine andere Arbeit suchen will. <input type="checkbox"/> 1 | krankgeschrieben werde. <input type="checkbox"/> 1 |
| überhaupt nicht mehr arbeiten kann. <input type="checkbox"/> 1 | Ich weiß es noch nicht. <input type="checkbox"/> 1 |

SI 7. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

| Ich hoffe, dass ... | überhaupt nicht | etwas | mäßig | ziemlich | sehr |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| man hier endlich Zeit für mich haben wird. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SIMBO - Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Streibelt, M. & Müller-Fahrnow, W. (2005)

**Vielen Dank für Ihre Mühe beim Ausfüllen!
Bitte bringen Sie den Bogen zur Aufnahme bei uns mit.
Wir freuen uns auf Sie!**

Mit herzlichem Gruß, Ihr Team der Asklepios Klinik Am Kurpark