

Name Datum

1. Wie leben Sie?

- allein in eigener Wohnung
- mit Partner o. Familie in eigener Wohnung
- bei Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern, Kindern)
- in Wohngemeinschaft oder Heim
- anders:

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

Was würden Sie gerne ändern?

2. Brauchen Sie Unterstützung im Haushalt? (mehrere Antworten möglich)

- ich brauche keine
- beim Putzen
- beim Einkaufen
- beim Wäsche waschen
- beim Kochen
- anders, und zwar:

3. Wie kommen Sie mit der Körperpflege zurecht? (mehrere Antworten möglich)

- ich komme gut zurecht
- mein äußeres Erscheinungsbild ist mir ... wichtig nicht wichtig
- ich habe Schwierigkeiten, alleine damit zurecht zu kommen
- mir fehlt manchmal der Antrieb mich zu pflegen

4. Welche Dinge fallen Ihnen schwer? (mehrere Antworten möglich)

- öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen
- Kontakte zu knüpfen
- Behördengänge zu erledigen
- meine Freizeit sinnvoll zu gestalten
- meinen Tag zeitlich zu planen
- Bearbeitung von Post
- Entscheidungen zu treffen / Probleme zu lösen
- Anderes, und zwar:

5. Wie würden Sie selbst die Erkrankung(en) bezeichnen, die zu dieser Rehabilitations-Maßnahme geführt hat / haben?

Kennen Sie ihre Diagnose?

6. Betreuung: Ambulant-psychiatrische Betreuung
 Gesetzliche Betreuung

7. Welche Ziele haben Sie für Ihre Teilnahme an der medizinischen Rehabilitation?
(mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mehr Ausdauer und Konzentration | <input type="checkbox"/> mich stabilisieren |
| <input type="checkbox"/> besser im Haushalt zurecht zu kommen | <input type="checkbox"/> bessere Kontaktfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Interessen entwickeln/ wieder entdecken | <input type="checkbox"/> mehr Freude erleben |
| <input type="checkbox"/> mehr Selbstständigkeit / Unabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Durchsetzungsvermögen |

andere Ziele:

8. Nennen Sie bitte die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Ursachen Ihrer jetzigen Erkrankung: (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> bin nicht krank, andere glauben, ich sei krank | <input type="checkbox"/> bin nicht krank |
| <input type="checkbox"/> Belastung in der Familie / Partnerschaft | <input type="checkbox"/> psychische Störung |
| <input type="checkbox"/> Belastung im Beruf | <input type="checkbox"/> keine Erklärung |

andere, bitte genau angeben:

9. Was belastet sie zur Zeit am meisten?

.....
.....

10. Haben sie Freunde oder soziale Kontakte? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in der Familie | <input type="checkbox"/> bei Freizeitaktivitäten (Clubs, Vereine...) |
| <input type="checkbox"/> in der Nachbarschaft | <input type="checkbox"/> ich wünsche mir mehr Freunde |
| <input type="checkbox"/> im Beruf | <input type="checkbox"/> in einer Religionsgemeinschaft |

andere und zwar:

11. Wie würden andere Sie beschreiben?

.....

12. Wer sind momentan für Sie die wichtigsten Personen in Ihrem Leben?
Was meinen diese, sollen Sie tun?

.....

13. Welche Ziele haben Sie beruflich?

14. Was mögen Sie an sich?

15. Ich wünsche mir Unterstützung bei:

16. Wie verbringen Sie bzw. wie würden Sie gerne Ihre Zeit verbringen? Haben Sie besondere Interessen, Hobbys?

.....

17. Halten irgendwelche körperlichen oder psychischen Erkrankungen Sie im Moment von Aktivitäten ab, die Sie gerne wahrnehmen würden?

Nein

Ja, zum Teil

Ja; welche und wovon:

.....

18. Wie verbrachten Sie vor Ihrer Erkrankung Ihre Zeit (beruflich, Freizeit, häuslich)?

.....

Wie zufrieden waren Sie damit?

Zufrieden

Teilweise zufrieden

Unzufrieden

Ergänzung:

19. Wie verbringen Sie Ihre Zeit seit Ihrer Erkrankung, bzw. in den Phasen Ihrer Erkrankung?

.....

Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie Ihre Zeit verbringen?

Zufrieden

Teilweise zufrieden

Unzufrieden

20. Welche Ziele haben Sie für die Rehabilitation?

a. Arbeitsbezogen (alter Beruf, Neuorientierung, Umschulung, welcher Bereich) ?

.....

b. Was möchten Sie dafür verändern und trainieren?

.....

21. Was ist Ihnen am wichtigsten in Ihrem Leben?

.....

Was möchten Sie erreichen bzw. verändern?

.....

22. Können Sie sich vorstellen, wie wir Ihnen hier in der REHA helfen könnten? (z.B. durch:)

.....

23. Wo sehen Sie ihre Stärken? Gibt es Leistungen, Fähigkeiten oder Talente, auf die Sie stolz sind oder die Sie freuen?

.....

24. Wie schätzen Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit zurzeit ein?

Gut Mittelmäßig bis gut Eher schlecht Sehr schlecht

25. Wie schätzen Sie zurzeit Ihre Ausdauer ein?

Gut Mittelmäßig bis gut Eher schlecht Sehr schlecht

26. Wie schätzen Sie zurzeit Ihr Gedächtnis ein?

Gut Mittelmäßig bis gut Eher schlecht Sehr schlecht

27. Wie schätzen Sie Ihre Belastungsfähigkeit ein?

Gut Mittelmäßig bis gut Eher schlecht Sehr schlecht

28. Überwiegender Lebensunterhalt. (in den letzten 4 Wochen vor der Aufnahme)

<input type="checkbox"/> Eig. Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Krankengeld
<input type="checkbox"/> Finanz. Unterstützung d. Angehörige	<input type="checkbox"/> Übergangsgeld
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe
<input type="checkbox"/> BU-/EU-/Unfall-/Erwerbsminderungs-Rente	<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen

29. Finanzen

▶ Ich komme gut mit dem monatlichen Geld zurecht das mir zur Verfügung steht.

ja nein manchmal

▶ Ich habe Schulden ja nein weiß nicht

▶ Kontakt zur Schuldnerberatung ja nein

▶ Ich bearbeite meine Rechnungen regelmäßig selbst

ja nein manchmal

30. Finanzielle Situation

Besteht Unterhaltspflicht? nein ja

In welcher Höhe? Für wen?

Wird die Unterhaltspflicht erfüllt?

regelmäßig unregelmäßig gar nicht nicht leistungsfähig

31. Familiäre Situation

<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> bin verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden und lebe mit jemand Neuem zusammen <input type="checkbox"/> lebe z.Zt. in Scheidung <input type="checkbox"/> lebe dauerhaft getrennt	<input type="checkbox"/> lebe mit jemand zusammen <input type="checkbox"/> bin geschieden <input type="checkbox"/> bin alleinerziehend
--	--

32. Kinderbetreuung (Anzahl der Kinder)

Kind	Alter	Betreuung gewährleistet?

33. Mobilität

Bereitschaft Wohnortwechsel ja nein unter best. Bedingungen

Führerschein ja Welche Klassen? nein

Besitz PKW Motorrad o. ä. Fahrrad

Fahrpraxis ja nein Wieviele Jahre?

Ich bin auf öffentlichen Nahverkehr angewiesen

34. Haben Sie schon Probleme mit der Polizei und Justiz gehabt?

nein Ja, und zwar

Gibt es laufende polizeiliche oder staatsanwaltschaftliche Ermittlungen?

nein ja

35. Gesundheit

Gesundheitliche Einschränkungen nein ja

Welche?

Amtsärztliches Gutachten vorhanden?

nein Ja, von wann

Behinderung festgestellt?:

nein Ja, GdB% Merkmal

36. Haben sie Alkohol- oder Drogenprobleme?

nein

Ja, mit Alkohol Drogen Medikamenten

Mediennutzung Sonstiges

In Behandlung? nein Ja, Ergebnis