

Name: _____

Patientenaufkleber

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden. Bitte bringen Sie den Bogen dann zu Ihrem Aufnahmegespräch mit. Vielen Dank!

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | überhaupt nicht | an einzelnen Tagen | an mehr als der Hälfte der Tage | beinahe jeden Tag | Auswertung (Klinikint.) |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|
| 1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 3. Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 4. nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 5. starke oder sehr starke körperliche Schmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 6. körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben zu führen (Haushalt, Freizeit, Beruf u.a.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Familiäre oder private Belastungen | überhaupt nicht | eher weniger | eher mehr | stark oder sehr stark | |
| 7. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderen familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Berufliche Belastungen | überhaupt nicht | eher weniger | eher mehr | stark oder sehr stark | |
| 8. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderem beruflichen Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit Arbeit, anderes)? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Psychologische Betreuung in der Reha | nicht wichtig | wenig wichtig | eher wichtig | besonders wichtig | |
| 9. Wie wichtig sind Ihnen psychologische Therapieangebote in Ihrer Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |

Klinikintern: Bitte wenden!

Von der Klinik Wendelstein auszufüllen:

- Unauffällig – keine Veranlassung.
- Bitte psychologisches Einzelgespräch anbieten.
- Psychologisches Einzelgespräch dringend anzuraten.
- Bitte keine Stressgruppe verordnen, sondern Schmerzgruppe anbieten da hoher Schmerzscore.
- Sonstige Anmerkung:

Datum der Auswertung:

Unterschrift KlinikmitarbeiterIn:
