

**Bitte vollständig ausfüllen und bis zum Ende der ersten Woche an der Rezeption abgeben.**

Zentrum für seelische Gesundheit

LEOPOLDAU



## Aufnahmefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen werden Sie gebeten, Angaben zu Ihrer Lebenssituation sowie zu Ihrer aktuellen und vergangenen Befindlichkeit zu machen. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Beschwerden einzuschätzen und dienen im Rahmen der Qualitätssicherung dazu, unser Angebot und die Qualität unserer Einrichtung laufend zu verbessern. Bitte lesen Sie sich die Anleitungen und Fragen genau durch und füllen dann der Reihe nach die unten stehenden Fragen aus. Lassen Sie bitte keine Frage aus. Kreuze zwischen zwei Kategorien können nicht berücksichtigt werden.

Unser Team dankt Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ausgefüllt am: .....

Familienname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Vers.-Nr.: ..... Pat.-Nr.: .....  
(von der Testleitung auszufüllen)

männlich  weiblich

Adresse: ..... Tel.-Nr.: .....

HausärztIn: .....

PsychotherapeutIn: .....

FachärztIn: .....

Im Notfall zu benachrichtigende Person: .....

**1. Staatsangehörigkeit:**

Österreich  andere: welche?

**2. Muttersprache:**

Deutsch  Serbokroatisch  
 Türkisch  andere: welche?

**3. Familienstand:**

ledig  eingetragene Lebenspartnerschaft  
 getrennt/geschieden  verwitwet  
 verheiratet

**4. Eigene Kinder:**

ja Anzahl: .....  
 nein



**5. Lebensform:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> alleinlebend                               | <input type="checkbox"/> zusammen mit Eltern                        |
| <input type="checkbox"/> zusammen mit PartnerIn oder Lebensgefährtn | <input type="checkbox"/> zusammen mit Verwandten, Freunden, anderen |
|   | <input type="checkbox"/> andere:.....                               |

**6. Wohnsituation:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eigene Wohnung     | <input type="checkbox"/> Heim           |
| <input type="checkbox"/> elterliche Wohnung | <input type="checkbox"/> obdachlos      |
| <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft   | <input type="checkbox"/> sonstige:..... |

**7. Höchster Schulabschluss:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonderschule                          | <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulabschluss                   |
| <input type="checkbox"/> Volksschule                           | <input type="checkbox"/> noch in schulischer Ausbildung oder Studium |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule/Pflichtschule (9.Schulj.) | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss                              |
| <input type="checkbox"/> (weiterführende) Fachschule           | <input type="checkbox"/> sonstiges: .....                            |
| <input type="checkbox"/> Matura                                |  |

**8. Höchster Berufsabschluss:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> noch in Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universität |
| <input type="checkbox"/> Lehre                    | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss             |
| <input type="checkbox"/> Meister/Fachschule       | <input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss.....   |

**9. In welchem Erwerbsstatus befinden Sie sich derzeit?**

(Bitte alle zutreffenden ankreuzen)

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ich bin berufstätig  | <input type="checkbox"/> Vollzeit  | <input type="checkbox"/> Teilzeit  |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe Arbeitslosengeld/Notstandshilfe                |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe Sozialhilfe/Mindestsicherung                   |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe Alterspension                                  |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe Berufsunfähigkeitspension/ Invaliditätspension | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> befristet |
| <input type="checkbox"/> ich bin im Haushalt tätig                                  |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> bin in Ausbildung (Schule/Lehre/Studium)                   |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe RehaGeld                                       |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kündigung im Krankenstand                                  |                                    |                                    |

**10. Sind Sie derzeit im Krankenstand? (vor Antritt der Rehabilitation)**

- nein  ja

**11. Haben Sie derzeit einen Pensionsantrag gestellt/ ein laufendes Pensionsverfahren?**

- nein  ja

**12. Wie oft haben Sie bisher einen Pensionsantrag gestellt?**

..... mal



13. Wenn Sie derzeit arbeitslos sind - wie lange?

..... Monate

14. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit oder waren Sie zuletzt tätig?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HilfsarbeiterIn           | <input type="checkbox"/> Beamte/r           |
| <input type="checkbox"/> FacharbeiterIn/ MeisterIn | <input type="checkbox"/> leitende/r Beamter |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r             |   |
| <input type="checkbox"/> leitende/r Angestellter   | <input type="checkbox"/> Selbständige/r     |
| <input type="checkbox"/> anderes: .....            |   |

15. Welcher war Ihr zuletzt ausgeübter Beruf?

.....

16. Haben Sie bereits einmal an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teilgenommen?

- nein  ja

17. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Krankenstand?

- nein  ja

18. Wenn ja – wie lange insgesamt?

.....Tage

19. Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenstand?

- nein  ja

20. Wenn ja – wie lange insgesamt?

.....Tage

21. Waren Sie in den letzten 6 Monaten aus psychischen Gründen im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder Kuranstalt?

- nein  ja

22. Wenn ja – wie lange insgesamt?

.....Tage



23. Waren Sie in den letzten 12 Monaten aus psychischen Gründen im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder Kuranstalt?

- nein  ja

24. Wenn ja – wie lange insgesamt?

.....Tage

25. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer psychischen Erkrankung in ambulanter Behandlung? (Mehrfachantworten möglich)

- beim Hausarzt.....mal  
 beim Facharzt für Psychiatrie/Neurologie.....mal  
 bei einem Psychotherapeuten.....mal  
 bei einem Psychologen.....mal

26. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer psychischen Erkrankung in ambulanter Behandlung? (Mehrfachantworten möglich)

- beim Hausarzt.....mal  
 beim Facharzt für Psychiatrie/Neurologie.....mal  
 bei einem Psychotherapeuten.....mal  
 bei einem Psychologen.....mal

27. Nehmen Sie derzeit Medikamente (z.B. Antidepressiva, Beruhigungsmittel etc.)?

- nein  ja

28. Wie schätzen Sie die Chance ein, nach der Rehabilitationsbehandlung wieder einer Arbeit nachzugehen?

- nach 0-3 Monaten  
 nach 4-12 Monaten  
 überhaupt nicht mehr  
 Frage nicht zutreffend, weil Alterspensionist, Schüler, Student, Hausfrau

29. Wenn überhaupt nicht mehr: Aus welchen Gründen glauben Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- körperliche Gründe  
 psychische Gründe  
 Arbeitsmarktsituation  
 sonstiges

30. Wie lange bestehen Ihre psychischen Beschwerden bereits?

..... Jahre .....Monate



## BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörigen Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen einer Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

### A

- 0.....Ich bin nicht traurig.
- 1.....Ich bin traurig.
- 2.....Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3.....Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum ertrage.

### B

- 0.....Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1.....Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2.....Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3.....Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.

### C

- 0..... Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1.....Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2.....Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3.....Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

### D

- 0.....Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1.....Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2.....Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3.....Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

### E

- 0.....Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1.....Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2.....Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3.....Ich habe immer Schuldgefühle.

### F

- 0.....Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1.....Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2.....Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3.....Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.



**G**

- 0.....Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1.....Ich bin von mir enttäuscht.
- 2.....Ich finde mich fürchterlich.
- 3.....Ich hasse mich.

**H**

- 0.....Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1.....Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2.....Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3.....Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.

**I**

- 0.....Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1.....Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2.....Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3.....Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

**J**

- 0.....Ich weine nicht öfter als früher.
- 1.....Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2.....Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3.....Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

**K**

- 0.....Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1.....Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2.....Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3.....Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

**L**

- 0.....Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1.....Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2.....Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3.....Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

**M**

- 0.....Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1.....Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2.....Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3.....Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

**N**

- 0.....Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1.....Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2.....Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3.....Ich finde mich hässlich.

**O**

- 0.....Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1.....Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2.....Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3.....Ich bin unfähig zu arbeiten.



**P**

- 0.....Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1.....Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2.....Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst.
- 3.....Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst.

**Q**

- 0.....Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1.....Ich ermüde schneller als früher.
- 2.....Fast alles ermüdet mich.
- 3.....Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

**R**

- 0.....Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1.....Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2.....Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3.....Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

**S**

- 0.....Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1.....Ich habe mehr als 2 Kilos abgenommen.
- 2.....Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3.....Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen

JA  ..... NEIN

**T**

- 0.....Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1.....Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2.....Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3.....Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

**U**

- 0.....Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1.....Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2.....Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3.....Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.



## BSI

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Überhaupt nicht	Ein wenig	ziemlich	Stark	Sehr stark
- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -

<b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...</b>					
1.	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3 4
4.	Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3 4
7.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3 4
10.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3 4
13.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3 4
16.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3 4
3.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3 4
9.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3 4
18.	Furchtsamkeit	0	1	2	3 4
6.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3 4
12.	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3 4
15.	so starker Ruhelosigkeit, dass sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3 4
17.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3 4
5.	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3 4
8.	Schwermut	0	1	2	3 4
2.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3 4
14.	Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3 4
11.	Dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3 4



## WHODAS 2.0

In diesem Fragebogen geht es um Schwierigkeiten, die aufgrund von Gesundheitsproblemen entstehen können. Gesundheitsprobleme beinhaltet Krankheiten oder Erkrankungen, andere Gesundheitsprobleme, die lang oder kurz andauernd sein können, Verletzungen, mentale oder emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholprobleme.

Denken Sie an die letzten 30 Tage zurück, und beantworten Sie die folgenden Fragen im Hinblick darauf, wie viele Schwierigkeiten Sie bei der Durchführung der nachfolgenden Aktivitäten hatten. Kreisen Sie bei jeder Frage bitte nur eine Antwort ein.

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:

### Verständnis und Kommunikation

D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu <u>konzentrieren</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.2	Sich daran <u>zu erinnern wichtige Dinge zu tun/ erledigen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen auseinander zusetzen</u> und sie <u>zu bewältigen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.4	<u>Neue Aufgaben zu lernen</u> (z.B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen dessen</u> , was Personen sagen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.6	Ein <u>Gespräch zu beginnen und aufrechtzuerhalten</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

### Mobilität

D2.1	<u>Eine längere Zeit</u> (ca. 30 Minuten) zu <u>stehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.3	Sich in Ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.4	Ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.5	<u>Eine längere Strecke</u> (ca. einen Kilometer) <u>zu Fuss zu gehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:

### Selbstversorgung

D3.1	Ihren gesamten <u>Körper zu waschen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.2	Sich <u>anzuziehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.3	Beim <u>Essen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.4	<u>Einige Tage alleine zu sein</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich



Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:

**Umgang mit anderen Menschen**

D4.1	Im Umgang mit Personen, die Sie nicht kennen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.2	Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.3	Mit Personen zurecht zu kommen, die Ihnen nahe stehen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.4	Neue Freundschaften zu schließen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.5	Bei sexuellen Aktivitäten?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

**Tätigkeiten des alltäglichen Lebens**

D5.1	Ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.2	Ihre wichtigsten Aufgaben im Haushalt gut zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.3	Die gesamte erforderliche Hausarbeit, die Sie machen mussten, zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.4	Ihre Hausarbeit so schnell wie erforderlich zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Wenn Sie arbeiten (bezahlt, unbezahlt oder selbständig) oder zu Schule gehen, beantworten Sie die folgenden Fragen D5.5-D5.8; Andernfalls fahren Sie mit D6.1 fort.

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme, in den letzten 30 Tagen:

D5.5	Bei der Bewältigung Ihres Arbeits-/Schulalltags?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.6	Ihre wichtigsten Aufgaben im Arbeits-/Schulalltag gut zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.7	Die gesamte Arbeit zu erledigen, die Sie erledigen müssen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.8	Ihre Arbeit so schnell wie erforderlich zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

**Bitte auf der nächsten Seite fortfahren...**



Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:

**Teilnahme am gesellschaftlichen Leben**

D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (wie z.B. Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise <u>teilzunehmen</u> , wie jeder andere?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in Ihrer Umwelt?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen Ihrer Mitmenschen <u>in Würde zu leben</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hatten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.5	Wie sehr wurden Sie durch Ihren gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.6	In welchem Maße war Ihr gesundheitlicher Zustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für Sie oder Ihre Familie?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.7	In welchem Maße waren Ihre Gesundheitsprobleme eine Belastung für Ihre <u>Familie</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.8	Wie schwierig war es für Sie, <u>Dinge zur Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

H1	An wie vielen Tagen traten diese Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage _____
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen waren Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> , alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage _____
H3	An wie vielen Tagen in letzten 30 Tagen mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage _____



## ICF-3F<sub>AU</sub>

### Anleitung

Überlegen Sie bitte bei jeder Frage, ob Sie mit dem, was angesprochen wird, ein Problem haben und kreuzen Sie bitte an, wie ausgeprägt dieses Problem zur Zeit für Sie ist.

### Beispiel

Wenn Sie z.B. ein größeres Problem damit haben, klar denken zu können, so kreuzen Sie bitte die Frage **Ich kann klar denken** mit „ größeres Problem“ an wenn Sie zur Zeit mit dem klaren Denken überhaupt kein Problem haben, kreuzen Sie bitte „ kein oder geringes Problem“ an.

Um unterscheiden zu können, ob ein Problem ein kleineres oder ein ausgeprägtes Problem für Sie ist, orientieren Sie sich bitte an der nachfolgenden Tabelle. Sie können die Größe eines Problems dadurch bestimmen, dass Sie beurteilen, welche Hilfe Sie zur Zeit benötigen.

	Problem	Hilfebedarf
0	Kein oder geringes Problem	Ohne Fremdhilfe zu bewältigen.
1	Kleineres Problem	Unterstützung durch Partner/ Familie/ Freunde/ Selbsthilfegruppe reicht aus.
2	Mittleres Problem	Keine wesentlichen Leistungseinschränkungen in Haushalt und Beruf. Mit Hilfen durch Arzt/ Psychotherapeut, usw. gut zu bewältigen.
3	Größeres Problem	Bewältigung von Alltag und Beruf erschwert. Intensivierte Therapie erforderlich.
4	Ausgeprägtes Problem	Bewältigung von Alltag und Beruf erheblich eingeschränkt. Intensivtherapie notwendig.

Bitte beantworten Sie jetzt jeder der nachfolgenden Frage.

Ich kann...	kein oder geringes Problem	kleineres Problem	mittleres Problem	größeres Problem	ausgeprägtes Problem

KL Kognitive Leistungsfähigkeit	0	1	2	3	4
1. geistige Anforderungen bewältigen	<input type="checkbox"/>				
2. mich konzentrieren	<input type="checkbox"/>				
3. nötige Dinge im Gedächtnis behalten	<input type="checkbox"/>				
4. zusammenhängend denken	<input type="checkbox"/>				
5. auch komplizierte Dinge verstehen	<input type="checkbox"/>				
6. etwas Anspruchvolles selbständig planen und durchführen	<input type="checkbox"/>				
7. Dinge richtig einschätzen und sicher entscheiden	<input type="checkbox"/>				



Ich kann...	kein oder geringes Problem	kleineres Problem	mittleres Problem	größeres Problem	ausgeprägtes Problem

KL Kognitive Leistungsfähigkeit	0	1	2	3	4
8. zuerst überlegen und dann erst handeln	<input type="checkbox"/>				
9. mich auf eine Arbeit konzentrieren	<input type="checkbox"/>				
10. etwas analysieren und Zusammenhänge verstehen	<input type="checkbox"/>				
11. Aufgaben selbständig erledigen	<input type="checkbox"/>				

SW Selbstwirksamkeit	0	1	2	3	4
1. meine Probleme selbst lösen	<input type="checkbox"/>				
2. mit Interesse auf Dinge reagieren	<input type="checkbox"/>				
3. optimistisch an Dinge herangehen	<input type="checkbox"/>				
4. meine Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen verstehen	<input type="checkbox"/>				
5. mir selbst etwas zutrauen	<input type="checkbox"/>				
6. in meinem Alltag zurecht kommen	<input type="checkbox"/>				
7. meine Angelegenheiten selbst regeln	<input type="checkbox"/>				
8. ruhig und gelassen bleiben, wenn es stressig wird	<input type="checkbox"/>				
9. richtig einschätzen, ob ich etwas schaffe	<input type="checkbox"/>				
10. meine Bedürfnisse ausdrücken	<input type="checkbox"/>				
11. die Hilfe von Fachleuten annehmen	<input type="checkbox"/>				



Ich kann...	kein oder geringes Problem	kleineres Problem	mittleres Problem	größeres Problem	ausgeprägtes Problem

SK Soziale Kompetenz	0	1	2	3	4
1. soziale Hemmungen überwinden	<input type="checkbox"/>				
2. mit anderen Menschen zusammenarbeiten	<input type="checkbox"/>				
3. mich mit anderen angenehm unterhalten	<input type="checkbox"/>				
4. diskutieren und meinen Standpunkt vertreten	<input type="checkbox"/>				
5. Kritik annehmen und angemessen reagieren	<input type="checkbox"/>				
6. anderen sagen, dass etwas nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
7. mich an eine Gruppe oder einen Arbeitsplatz anpassen	<input type="checkbox"/>				
8. mit Autoritätspersonen (z.B. Vorgesetzte) angemessen umgehen	<input type="checkbox"/>				
9. Freundschaften schließen	<input type="checkbox"/>				
10. mit meiner Familie zurechtkommen	<input type="checkbox"/>				
11. mit Menschen so umgehen, dass man sich versteht	<input type="checkbox"/>				

© ICF-3F<sub>AU</sub>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!