

**„INDIKATOREN DES REHA-STATUS“ - KURZVERSION (IRES-24)**

<p><b>1. Wie häufig haben Sie <u>in der letzten Zeit</u> unter Schmerzen gelitten?</b></p> <p>So gut wie nie      Selten      Manchmal      Ziemlich oft      Meistens      Immer</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/> </p> <p align="center">1      2      3      4      5      6</p>	1																														
<p><b>2. Wie stark waren diese Schmerzen?</b></p> <p>Ich hatte keine Schmerzen      Sehr leicht      Leicht      Mäßig      Stark      Sehr stark</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/> </p> <p align="center">1      2      3      4      5      6</p>	2																														
<p><b>3. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?</b></p> <p>Nicht beeinträchtigt      Wenig beeinträchtigt      Etwas beeinträchtigt      Ziemlich beeinträchtigt      Stark beeinträchtigt      Sehr stark beeinträchtigt</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/> </p> <p align="center">1      2      3      4      5      6</p>	3																														
<p><b>4. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:</b></p> <p><b>Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...</b></p> <p><i>Bitte in jede Zeile ein Kreuz !</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ziemlich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mäßig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ein wenig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Gar nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.....</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> </tr> </tbody> </table>		Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4	5	4						
	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht																										
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	1	2	3	4	5																										
<p><b>5. Wie stark haben Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?</b></p> <p><b>Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...</b></p> <p><i>Bitte in jede Zeile ein Kreuz !</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ziemlich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mäßig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ein wenig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Gar nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.....</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> </tr> </tbody> </table>		Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4	5	6
	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht																										
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	1	2	3	4	5																										
	7																														
	8																														

**6. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...**

*Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz !*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
... völlig erschöpft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
... lustloser als früher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
	1	2	3	4	5	

**Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

*Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz !*

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
	1	2	3	4	5	

Ihr Alter:

Jahre

Ihr Geschlecht:

männl.

weibl.