

SIMBO - Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

Streibelt, M. & Müller-Fahnow, W. (2005)

SI 1. Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an.

(Tag) (Monat) (Jahr)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> (Monat) (Jahr) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <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 zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

- 0 nein 1 ja — falls ja —> seit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 Wochen

SI 4. Waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?

- 0 nein 1 ja — falls ja —> insgesamt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 (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

<input type="text"/>

 0

<input type="text"/>

 1

<input type="text"/>

 2

<input type="text"/>

 3

<input type="text"/>

 4

<input type="text"/>

 5

<input type="text"/>

 6

<input type="text"/>

 7

<input type="text"/>

 8

<input type="text"/>

 9

<input type="text"/>

 10

<input type="text"/>

 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 ...

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|-----------|
| in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. <input type="checkbox"/> 1 | trifft zu | eine Rente beantragen/bekommen werde. <input type="checkbox"/> 1 | trifft zu |
| 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 |