

Modul 1: Grundlagen kennen lernen: Entstehung, Ursachen, Symptome, Risiko- und Schutzfaktoren

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Referent stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Einführung in das Gesundheitstraining (Lernziel 1.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Darstellung des Gesundheitstrainings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 1.1 (Übersicht)	<input type="checkbox"/> Aufbau <input type="checkbox"/> zeitlicher Rahmen <input type="checkbox"/> Inhalte des Gesundheitstrainings
Ausgabe des Patienteninformationsheftes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Darstellung der Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Krankheits-/Behandlungswissen erlangen <input type="checkbox"/> Risikofaktoren kennen und verringern lernen <input type="checkbox"/> Handlungskompetenz im Alltag erlangen <input type="checkbox"/> Erhöhung der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität
Kurzvorstellung der Teilnehmer mit Namen und Sammeln der Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> vorliegen unterschiedlicher Diagnosen, die zu „koronarer Herzkrankheit“ zusammengefasst werden
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Funktionsweise der Herzgefäßversorgung (Lernziel 1.2)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung der Arbeitsweise des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.2/Clip (Das Herz) <input type="checkbox"/> Folie 1.3 (Herzkrankgefäße) Alternativ: <input type="checkbox"/> Film	Aufbau, Funktionsweise von: <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Herzmuskel <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäße
Leistung des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Herz schlägt am Tag ca. 100.000 Mal, mehr als 7.200 Liter Blut pro Tag
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Ursachen und Symptome der KHK (Lernziel 1.3)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Überleitung zu Erkrankungen und Diagnosen der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> krankhafte Veränderungen, KHK ist Erkrankung der Arterien
Erläuterung der KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.4/Clip (Akuter Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> Wissen über Ursache und Symptome Darstellung einer Auswahl aus begleitenden Krankheitsbildern: <input type="checkbox"/> Koronarverengung/Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
Hinweis auf indikationsspezifische Schulungsangebote in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Entstehung und Folgen der Arteriosklerose (Lernziel 1.4)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung der Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.5 (Arteriosklerose)	<input type="checkbox"/> „Arterienverkalkung“ <input type="checkbox"/> Entstehung (Ablagerungen/ Plaque → Verringerung des Gefäßdurchmessers) <input type="checkbox"/> Zeitlicher Verlauf <input type="checkbox"/> Folgen (Behinderung Blutfluss, Anlagerung von Blutplättchen, ggf. akutes Koronarsyndrom etc.)
Fazit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Fortschreiten reduzieren durch Beeinflussung von Risikofaktoren
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Risiko- und Schutzfaktoren (Lernziel 1.5)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammeln von kardiovaskulären Risikofaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sortierung nach beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren <input type="checkbox"/> ggf. Ergänzung
Risikoprofil der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.6 (Mein persönliches Risikoprofil) <input type="checkbox"/> Arbeitsblatt (Mein persönliches Risikoprofil)	<input type="checkbox"/> Erläuterung des Arbeitsblatts <input type="checkbox"/> Teilnehmer erstellen eigenes Risikoprofil <input type="checkbox"/> resultierende Änderungsbedarfe
Fazit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> individuelle Verhaltensänderungsbedarfe
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.7 (Herzkranzgefäße)	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinweis Modul 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 2: Die medizinische Behandlung kennen lernen: chirurgische Eingriffe, Medikamente

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf Modul 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 2.1 (Übersicht)
Inhaltlicher Schwerpunkt des Moduls 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 2.1 (Übersicht)
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Interventionelle und operative Behandlungsmöglichkeiten (Lernziel 2.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Interventionelle und chirurgische Eingriffe der Teilnehmer sammeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 2.2 (chirurgische Eingriffe)	Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Interventionelle und chirurgische Behandlungsmöglichkeiten erläutern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 2.3 – 2.5 (interventionelle Methoden)	Erläuterung der Intervention <input type="checkbox"/> Ballondilatation/PTCA <input type="checkbox"/> Stent-Einlage <input type="checkbox"/> Bypassoperation <input type="checkbox"/> Verweis auf Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit Eingriffen
Hinweis auf indikationsspezifische Schulungsangebote in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Medikamentöse Behandlung (Lernziel 2.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Ziele der medikamentösen Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.6 (Medikamente)	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Lebenserwartung <input type="checkbox"/> Verbesserung der Lebensqualität durch Symptomlinderung
Medikamente der Teilnehmer sammeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.7 (Medikamente)	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zusätzlich Informationsstand erfragt
Bedarfsorientierte Erläuterung der wichtigen Medikamentengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Interessen der Teilnehmer
Erläuterung zur individuellen Medikamentenübersicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.8 (Übersicht der eigenen Medikamente) <input type="checkbox"/> Arbeitsblatt (Übersicht der eigenen Medikamente)	<input type="checkbox"/> Erläuterung am Beispiel „Betablocker“ - Zeile exemplarisch ausgefüllt <input type="checkbox"/> Hausarbeit wird aufgegeben <input type="checkbox"/> Hinweis auf Besprechen mit Arzt in Visite
Bedeutung der regelmäßigen, richtig dosierten Einnahme darstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Medikamenteneinnahmeverhalten (Lernziel 2.3)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammeln von Ursachen, warum Medikamente nicht wie verordnet eingenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.9 (Wie klappt eine regelmäßige Einnahme?) <input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sortierung nach intendierter und nicht-intendierter Noncompliance <input type="checkbox"/> Verständnisprobleme <input type="checkbox"/> Erinnerungsprobleme <input type="checkbox"/> (Angst vor) unerwünschten Wirkungen <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Therapieerfolg <input type="checkbox"/> fehlende Notwendigkeitsannahmen <input type="checkbox"/> ggf. Ergänzung

Besprechung von Strategien für eine regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.9 (Wie klappt eine regelmäßige Einnahme?) <input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strategien zur regelmäßigen und richtigen Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Erinnerungshilfen <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung <input type="checkbox"/> Plan erstellen <input type="checkbox"/> Arztgespräch <input type="checkbox"/> Persönlicher Bedarf/Nutzen <input type="checkbox"/> Zuordnung zu gesammelten Ursachen
Fazit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> verordnungsgemäße Einnahme wichtig <input type="checkbox"/> Strategien können im Alltag helfen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinweis Modul 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		

Anmerkungen:

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 3: Mit Beschwerden und Beeinträchtigungen im Alltag umgehen lernen

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf Modul 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 3.1 (Übersicht)
Inhaltlicher Schwerpunkt des Moduls 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 3.1 (Übersicht)
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Umgang mit akuten Symptomen (Lernziel 3.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammeln und Ergänzen von akuten Symptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folien 3.2, 3.3 (Akute Beschwerden)	Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Zusammenfassung mittels Folien: <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt
Umgang mit Akutproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folien 3.4 (Umgang mit akuten Beschwerden)	<input type="checkbox"/> Notfallmedikament <input type="checkbox"/> Rettungswagen rufen bei Verdacht auf Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Informationen für Notarzt bereitlegen <input type="checkbox"/> Verwandte, Kollegen, Freunde instruieren <input type="checkbox"/> Wichtigkeit eines sofortigen Handelns
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Umgang mit Beeinträchtigungen im Alltag (Lernziel 3.2)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Patienten reflektieren über Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.5 (Welche Beeinträchtigungen können im Alltag auftreten?)	<input type="checkbox"/> Stichworte zu Beeinträchtigungen durch KHK im Alltag
Sammeln und Ergänzen von Beeinträchtigungen durch KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berufliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/> Körperliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/> Fahr-/Flugtauglichkeit <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme bei Männern und Frauen (z.B. Potenzstörung)
Umgang mit eigenen Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.6 (Wann kann ich meine Aktivitäten wieder aufnehmen?); ggf. Folien 3.7, 3.8	<input type="checkbox"/> Individuelle Abklärung mit Arzt <input type="checkbox"/> Viele Beeinträchtigungen zeitlich begrenzt <input type="checkbox"/> evtl. medikamentöse Behandlung der erektilen Dysfunktion
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Umgang mit emotionaler Belastung (Lernziel 3.3)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung von emotionaler Belastung als Folge der KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Emotionale Belastung als direkte Folge eines Akutereignisses <input type="checkbox"/> Emotionale Belastung als Folge der Veränderungen im Alltag <input type="checkbox"/> Emotionale Belastung häufiger bei Frauen
Erarbeitung der Anzeichen emotionaler Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.9 (Emotionale Belastung) <input type="checkbox"/> 2 Fallvignetten <input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzeichen in den beiden Fallvignetten <input type="checkbox"/> Unterschiede zwischen den Fällen
Unterscheiden von Depression und Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.10, 3.11 (Emotionale Belastung)	<input type="checkbox"/> Erläuterung Depression <input type="checkbox"/> Erläuterung Angst

Sammlung und Ergänzung von Strategien zum Umgang mit emotionaler Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auf Basis der Fallvignetten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Austausch mit anderen <input type="checkbox"/> Entspannungs-, Stressbewältigungs-training <input type="checkbox"/> Professionelle Unterstützung <input type="checkbox"/> geschlechtsspezifische Besonderheiten <input type="checkbox"/> Verweis auf spezifische Klinikangebote
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinweis Modul 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 4: Risikofaktoren verringern: körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen, Stress

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt / Ärztin, Psychologe/in, Bewegungstherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Referent stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verweis auf vorherige Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 4.1 (Übersicht)
Inhaltlicher Schwerpunkt des Moduls 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 4.1 (Übersicht)
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Verhaltensempfehlungen (Lernziel 4.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Aktualisierung und Sammlung relevanter Verhaltensbereiche zur Verringerung von Risikofaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> welche Risikofaktoren lassen sich beeinflussen
Sammlung und Besprechung von Empfehlungen zu körperlicher Aktivität mit Bezug zu bisherigen Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 4.2 (Körperliche Aktivität)	Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> bisherige Erfahrungen (in der Klinik) <input type="checkbox"/> Ziel: regelmäßige körperliche Aktivität, Ausdauertraining <input type="checkbox"/> positive Wirkung

					<input type="checkbox"/> Empfehlungen: <input type="checkbox"/> Aerobes Ausdauertraining <input type="checkbox"/> ergänzend Kraftausdauer-/Muskel- aufbautraining <input type="checkbox"/> Körperliche Aktivität im Alltag <input type="checkbox"/> Empfohlene Dauer und Häufigkeit (mind. 3 Tage pro Woche, am besten täglich mind. 30 Min.) <input type="checkbox"/> nach eigenen Voraussetzungen
Sammlung und Besprechung von Empfehlungen zur Ernährung mit Bezug zu bisherigen Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 4.3 (Ernährung)	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bisherige Erfahrungen (in der Klinik) <input type="checkbox"/> Ziel: dauerhafte Umstellung <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> Empfehlungen: <input type="checkbox"/> Kaloriengerecht <input type="checkbox"/> Ballaststoffreich <input type="checkbox"/> Hoher Anteil an ein- oder mehrfach ungesättigten Fettsäuren/Omega-3-Fettsäuren <input type="checkbox"/> Fettarm
Erläuterung der Empfehlung zum Nikotinstopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 4.4 (Nikotinstopp)	<input type="checkbox"/> Ziel: völliges Aufhören mit Rauchen <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> Empfehlung: sofortiger Rauchstopp, ggf. mit Unterstützung
Erläuterung der Empfehlung zum Umgang mit Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 4.5 (Stress - was ist das eigentlich?)	<input type="checkbox"/> Ziel: Eigene Stressoren und Stressbelastung kennen und verringern <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> Empfehlung: Abbau von Stressoren im Alltag, verschieden Bewältigungsstrategien, ggf. Teilnahme an Stressbewältigungs-/Entspannungstraining
Anmerkungen:					

Thema: eigene Absichten zur Lebensstiländerung (Lernziel 4.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Reflexion eigener Zielbereiche mit Bezug auf Verhaltensempfehlungen und auf das eigene Risikoprofil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 4.6	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Auswahl eigener Zielbereiche mit Veränderungsbedarf-/absicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 4.7 (Arbeitsblatt) <input type="checkbox"/> Arbeitsblatt „Zielbereiche“	<input type="checkbox"/> Erläuterung des Arbeitsblatts <input type="checkbox"/> Ziele, für den Alltag nach der Rehabilitation, eintragen <input type="checkbox"/> Reflexion der Stärke der Absicht und Umsetzbarkeit
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinweis Modul 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 5: Risikosenkenden Verhaltensweisen im Alltag umsetzen

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt / Ärztin, Psychologe/in, Bewegungstherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf Modul 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 5.1 (Übersicht)
Inhaltlicher Schwerpunkt des Moduls 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 5.1 (Übersicht)
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Planungsgrundlagen Lebensstiländerung (Lernziel 5.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Absichten der Patienten im Bereich körperliche Aktivität und Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folien 5.2	Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Relevanz von Absichtsstärke, Hindernissen, Möglichkeiten zum Umgang mit Hindernissen
Erklärung des Nutzens von konkreten Plänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> fördert Umsetzung von Vorsätzen <input type="checkbox"/> Verbidung: Ziel festlegen – konkreten Plan erstellen – Hindernisse kennen – Bewältigungsmöglichkeiten kennen
Erläuterung von Bestandteilen von konkreten Plänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folien 5.3-5.5 (Aktivitäten planen; Gesunde Ernährung planen)	<input type="checkbox"/> Was-Wann-Wo-Pläne <input type="checkbox"/> Beispiele <input type="checkbox"/> körperliche Aktivität <input type="checkbox"/> Ernährung
Aufforderung zur Festlegung eines konkreten Verhaltenszieles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Plan für ein Zielverhalten
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Barrieren, Hilfsangebote, Gegenstrategien (Lernziel 5.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammlung und Unterscheidung von möglichen inneren und äußeren Barrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 5.6 (Welche Hindernisse können auftreten?) <input type="checkbox"/> Flipchart	Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sortierung nach inneren und äußeren Barrieren <input type="checkbox"/> innere Barrieren: Stimmung, Gefühle, Gedanken, Gewohnheiten etc. <input type="checkbox"/> äußere Barrieren: Partner/Familie, Zeit, Wetter, Essen in Kantine etc. <input type="checkbox"/> ggf. Ergänzung der häufigsten Barrieren
Erläuterung von Gegenstrategien unter Berücksichtigung der zuvor gesammelten Beiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 5.7 (Hindernisse bewältigen)	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitskontrolle <input type="checkbox"/> Stimmungsmanagement <input type="checkbox"/> Starthilfen <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung <input type="checkbox"/> Ziele vergegenwärtigen <input type="checkbox"/> Nachmotivieren <input type="checkbox"/> Abschirmen <input type="checkbox"/> Planen <input type="checkbox"/> Wichtig: eigene hilfreiche Strategien finden <input type="checkbox"/> Beispiele <input type="checkbox"/> körperliche Aktivität <input type="checkbox"/> Ernährung
Hinweis auf Nützlichkeit spezifischer Nachsorgeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Reha-Sportgruppe, ambulante Herzgruppe, IRENA etc.
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Eigene Handlungs- und Bewältigungspläne (Lernziel 5.3)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Anleitung zur eigenen Handlungs- und Bewältigungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 5.8 (Arbeitsblätter) <input type="checkbox"/> Arbeitsblätter (Mein persönlicher Plan)	<input type="checkbox"/> Erläuterung der Arbeitsblätter für körperliche Aktivität und Ernährung
Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblätter (Mein persönlicher Plan)	<input type="checkbox"/> mit stärkster Zielsetzung beginnen <input type="checkbox"/> Planung nach Schulung fertigstellen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Techniken zur Handlungskontrolle (Lernziel 5.4)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Möglichkeiten der Handlungskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Selbstbeobachtung <input type="checkbox"/> Änderung von Plänen
Erklärung des Trainings- und/oder Ernährungsprotokolls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 5.9, 5.10 (Aktivität, Ernährung beobachten) <input type="checkbox"/> Arbeitsblätter (Meine Durchführung im Alltag)	<input type="checkbox"/> feste Zeiten in täglichen Ablauf bzw. Umsetzung eintragen <input type="checkbox"/> Kontrolle von Zielerreichung
Erläuterung zur Änderung von Plänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 5.11 (Pläne anpassen)	<input type="checkbox"/> bei unvorhergesehenen Barrieren <input type="checkbox"/> Beispiel „Walken“
Fazit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Feststellen, ob geplantes Verhalten umgesetzt werden kann <input type="checkbox"/> Normalität von Rückschlägen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Schulungsleiter verabschiedet Teilnehmer und wünscht Erfolg bei Planumsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE
Uhrzeit: _____