

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – Geriatrie – stationär (Beginn)



001 P0

Beschlossen durch den Gemeinsamen Ausschuss der
 Vertragspartner nach § 137d SGB V am 01.02.2018

Support-ID

1700 **Geriatrie**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind ständig bemüht, die Behandlung unserer Patienten weiter zu verbessern.

Um die Qualität Ihrer Behandlung einschätzen zu können, interessieren wir uns dafür, wie gut Sie bestimmte Tätigkeiten heute zu Beginn der Reha ausüben können.

Wir bitten Sie, den folgenden Fragenbogen vollständig auszufüllen. Nach der Reha werden wir Sie erneut dazu befragen.

Für die Beantwortung der Fragen können Sie Pausen einlegen und sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

**Bitte Felder sauber und
 kräftig markieren!**



richtig



falsch

**Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen
 und gewünschtes Feld ankreuzen.**



13888753



1000200-1700-001-P0-B

1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

1.1 Schmerzen

a. Wie stark sind Ihre Schmerzen in Ruhe?

Ich habe keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mittelmäßig	Stark	Stark stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Wie stark sind Ihre Schmerzen bei Belastung?

Ich habe keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mittelmäßig	Stark	Stark stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Wie stark sind Ihre Schmerzen bei Bewegung?

Ich habe keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mittelmäßig	Stark	Stark stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.
Wir wollen nun von Ihnen wissen:

Können Sie folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kartoffelbrei, Pudding oder Joghurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Weich gekochtes Gemüse? (z.B. Kartoffeln, Blumenkohl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feste Speisen? (z.B. Brot oder Fleisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mahlzeiten mit unterschiedlichen Bestandteilen? (z.B. Eintopf, Suppe mit Einlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

2.1 Lesen

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Geschriebenes lesen und verstehen? (<i>Zeitung, Zeitschriften, Bücher</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... beim Lesen den roten Faden behalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Gelesenes wiedergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

2.2 Angelegenheiten regeln

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einen Tag planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... erkennen, dass wichtige Dinge des täglichen Bedarfs zur Neige gegangen sind? (z. B. Zucker, Toilettenpapier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Einkaufsliste erstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wüssten Sie, was zu tun ist, ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
d. ... wenn Sie Besuch zum Kaffeetrinken bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... wenn Ihr Fernseher nicht mehr richtig funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... wenn Sie Geschenke kaufen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... wenn Sie zu Hause stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

2.3 Aufmerksamkeit

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einem kurzen Gespräch folgen? (ca. 3 Minuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... im Fernsehen eine Tiersendung verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Ihre Gedanken gut zusammenhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... sich konzentrieren, wenn um Sie herum viel los ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... im Fernsehen einen Spielfilm verfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

3.1 Stimm- und Sprechfunktion

a. Wie schnell können Sie sprechen?

- Normal schnell
- Nur langsam
- Ich kann gar nicht mehr sprechen → Bitte weiter zur nächsten Seite

b. Wie ist Ihre Aussprache?

- Klar und deutlich
- Mittelmäßig, andere haben Mühe mich zu verstehen
- Undeutlich / verwaschen, ich werde kaum verstanden

c. Wie laut können Sie sprechen?

- Normal laut
- Nur leise
- Ich kann nur flüstern

d. Wie flüssig können Sie sprechen?

- Gleichmäßig flüssig
- Leicht stockend, holperig oder stotternd
- Stark stockend, holperig oder stotternd

e. Können Sie mit Betonung sprechen?

- Angemessen betont
- Wenig betont
- Monoton

f. Geraten Sie beim Sprechen außer Atem?

- Nie
- Gelegentlich
- Ich muss häufig zwischenatmen



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

3.2 Sprache

a. Haben Sie Wortfindungsstörungen?

Keine

Leichte

Starke

b. Wie gut oder schlecht können Sie Gegenstände und Situationen benennen?

Kaum

Mittelmäßig

Gut

c. Können Sie das, was andere zu Ihnen sagen, inhaltlich verstehen?

Kaum

Mittelmäßig

Gut

d. Verwenden Sie beim Sprechen unpassende Begriffe?

(z. B.: „Gib mir bitte mal das Auto rüber!“ statt „Gib mir bitte mal das Messer rüber!“)

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

e. Vertauschen Sie beim Sprechen die Laute in den Wörtern?

(z. B.: „Bagel“ statt „Gabel“)

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

f. Können Sie korrekte Sätze bilden?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

3.3 Kommunikation

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... antworten, wenn Sie von jemandem angesprochen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... von sich aus ein Gespräch beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Unterhaltung mit Ihrem direkten Gegenüber führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... sich an einer Diskussion in der Gruppe beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... einen Termin vereinbaren? (z. B. bei einem Arzt, einer Bank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

3.4 Kommunikationsgeräte benutzen

a. Können Sie mit dem Telefon telefonieren?

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

b. Können Sie das Internet nutzen?

(z.B. um Dinge zu suchen oder mit anderen zu kommunizieren)

Gar nicht

Kaum

Mittelmäßig

Gut

Ich habe keinen Internetzugang



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.1 Körperposition wechseln

Können Sie ...

	Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... sich im Bett umdrehen? <i>(von der Rückenlage in die Seitenlage und umgekehrt)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sich vom Liegen im Bett zum Sitzen an der Bettkante aufrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... sich von der Bettkante in einen Stuhl <i>(Rollstuhl, Toilettenstuhl)</i> setzen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... aus dem Bett aufstehen und sich aufrecht hinstellen und wieder zurück ins Bett gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.2 In einer Körperposition verbleiben

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... 10 Sekunden frei an der Bettkante sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... 10 Minuten frei sitzen? (z. B. zum Waschen, für eine Mahlzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... 30 Sekunden lang stehen, mit oder ohne Festhalten? (z. B. neben dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.3 Gegenstände anheben und tragen

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... eine leere Tasse tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine volle Tasse tragen, ohne etwas zu vergießen? (z. B. von der Küche ins Wohnzimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine volle Wasserflasche tragen? (z. B. vom Flur in die Küche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... eine gefüllte Einkaufstasche tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13888753



1000200-1700-001-PO-B

1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.4 Händegebrauch

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... einen Bleistift halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine Münze aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... einen Schlüssel ins Schloss stecken und umdrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... die Knöpfe am Hemd / an der Bluse schließen und öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... den Schraubverschluss einer bisher ungeöffneten Wasserflasche öffnen und wieder zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.5 Rollstuhlgebrauch

Können Sie alleine ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... beim Rollstuhl die Bremsen öffnen und schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... mit dem Rollstuhl geradeaus fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit dem Rollstuhl Kurven fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit dem Rollstuhl wenden und rangieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit dem Rollstuhl Türen öffnen und schließen, Schwellen und Engpässe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... mit dem Rollstuhl Schrägen, Bordsteinkanten und verschiedene Untergründe überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.6 Gangsicherheit

Können Sie (ggf. mit Gehilfe) ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. ... Hindernissen ausweichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sich umdrehen? (<i>sich auf der Stelle um 180° drehen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... gehen und sich dabei unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... gehen und dabei den Kopf zur Seite drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... Schwellen, Engpässe und unterschiedliche Bodenbeläge überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.7 Gehen im Innenbereich

1. Können Sie innerhalb des Zimmers gehen, und zwar ... (z. B. vom Bett zum Fenster)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie innerhalb der Wohnung von Zimmer zu Zimmer gehen, und zwar ... (ebenerdig, z. B. vom Schlafzimmer ins Bad)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Festhalten an Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.8 Treppensteigen

1. Können Sie zwei Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ... (z. B. Eingangsbereich, Bordsteinkante)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie sieben Stufen auf- und abwärts steigen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Können Sie eine Etage auf- und abwärts steigen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4. Können Sie zwei oder mehr Etagen auf- und abwärts steigen ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... nur mit Handlauf, Geländer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Gehstock, 3- oder 4-Punkt-Stock, Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

4.9 Gehen im Außenbereich

1. Können Sie im Außenbereich 15 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie im Außenbereich 30 Minuten am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Können Sie im Außenbereich eine Stunde am Stück gehen, und zwar ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
 Patientenbogen - Beginn

4. Können Sie im Außenbereich über schwierige Wege gehen, und zwar ...

(Schrägen, Bordsteinkanten, Unebenheiten)

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
b. ... mit Handstock, Walking-Stöcken oder Unterarmgehstütze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... mit Rollator oder Gehbock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. ... mit Begleitperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.10 Transportmittel nutzen

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... in ein Auto einsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... aus einem Auto aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... öffentliche Verkehrsmittel benutzen? (<i>Straßenbahn, Bus</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

5.1 Sich waschen

Können Sie sich ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... das Gesicht waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... den Oberkörper waschen? <i>(ohne Rücken)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... die Unterschenkel und die Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie sich in der Dusche oder in der Badewanne ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
e. ... den Oberkörper waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... den Intimbereich waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... die Beine und Füße waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

5.2 Körperpflege

Können Sie sich ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... die Haare frisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13888753



1000200-1700-001-PO-B

1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

5.3 Toilettennutzung

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... die Hose nach unten und wieder hochziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... sich auf die Toilette / den Toilettenstuhl setzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
c. ... den Intimbereich säubern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
d. ... Ihre Kontinenzeinlagen wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... sich die Hände waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

5.4 Sich kleiden

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... den Oberkörper an- und auskleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... eine Hose an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... Straßenschuhe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.5 Essen

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... mundgerecht vorbereitetes Essen mit Besteck essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... klare Suppe mit dem Löffel zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Ihr Essen selbst mundgerecht zerteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... ein Brötchen aufschneiden und streichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.6 Trinken

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... etwas zum Trinken eingießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... aus einer Tasse oder einem Becher mit Henkel trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... aus einem Glas trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.1 Mahlzeiten zubereiten

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... Nahrungsmittel verarbeiten? (z. B. Obst waschen und schälen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Frühstück und Abendessen zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine fertige Mahlzeit aufwärmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... warme Mahlzeiten kochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.2 Hausarbeiten erledigen

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... den Tisch abdecken und Geschirr spülen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Staub wischen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... den Boden mit dem Staubsauger oder Besen reinigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... Wäsche waschen und aufhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

6.3 Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

Können Sie ...

	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut	Betrifft mich nicht
a. ... Einkäufe erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
b. ... ein Taxi bestellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... eine Reparatur veranlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13888753



1000200-1700-001-PO-B

1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

7.1 Private Beziehungen

Können Sie ...

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut	Betrifft mich nicht
a. ... mit Ihren Enkelkindern spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Freunde und Bekannte zu sich einladen und sich um sie kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... an einer größeren Familienfeier teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

8.1 Wirtschaftliches Leben

Können Sie ...

	Gar nicht	Nur mit Hilfsperson	Allein kaum	Allein mittelmäßig	Allein gut
a. ... die Preise der Dinge, die Sie täglich benötigen, nennen? (z. B. für Brötchen, Zeitschrift, Kaffee)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... Ihre finanzielle Situation überschauen? (z. B. Kontostand, regelmäßige Zahlungen kennen)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... Bankgeschäfte erledigen? (z. B. Kontoauszüge prüfen, Überweisungen tätigen)	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9.1 Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit

a. Können Sie Ihre privaten Kontakte pflegen?

Gar nicht

Allein kaum

Allein mittelmäßig

Allein gut

b. Können Sie neue Kontakte knüpfen?

Gar nicht

Allein kaum

Allein mittelmäßig

Allein gut

c. Können Sie Ihren Hobbys nachgehen?

Nur mit Hilfsperson

Allein kaum

Allein mittelmäßig

Allein gut

d. Können Sie an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen? (Ausstellung, Kino, Konzert)

Nur mit Hilfsperson

Allein kaum

Allein mittelmäßig

Allein gut



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

1.3 Stuhlgang

a. **Wie häufig** haben Sie Stuhlgang?

Sehr selten

Selten

Normal

Häufig

Sehr häufig

b. **Verwenden Sie dafür** Medikamente?

 Nein Ja

c. **Wie ist die Konsistenz** Ihres Stuhlgangs?

 Überwiegend fest Überwiegend breiig Überwiegend flüssig

d. **Verwenden Sie dafür** Medikamente?

 Nein Ja

e. **Können Sie den Stuhl halten (Kontinenz)?**

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

f. **Haben Sie Schmerzen** beim Stuhlgang?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

1.4 Entleerung der Blase

a. Haben Sie einen Harnblasenkatheter?

Nein

Ja → Bitte weiter zur nächsten Seite des Bogens gehen

b. Wie häufig verlieren Sie am Tag ungewollt Urin?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

c. Wie häufig verlieren Sie in der Nacht ungewollt Urin?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

3. Gibt es noch andere Ziele, die Sie mit der Reha erreichen wollten?

Nein

Ja

Wenn ja, welche(s)?

4. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?



Überhaupt nicht
zufrieden



Völlig
zufrieden

5. Nehmen Sie Schmerzmittel ein?

Nein

Ja



1700 - Geriatrie
Patientenbogen - Beginn

Abschließend Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens

6. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

- Allein, ohne jede Unterstützung
- Mit Unterstützung von einem Angehörigen
- Mit Unterstützung von Pflegedienst
- Mit Unterstützung von jemand anderem, nämlich:

Wer anderes hat den Fragebogen ausgefüllt?

7. Wie fanden Sie den Fragebogen?

(Mehrfache Antworten sind möglich)

- Inhaltlich angemessen
- Anregend, aufschlussreich
- Zu lang
- Schwer verständlich

8. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

(abzgl. von ggf. gemachten Unterbrechungen)

Etwa

--	--	--

 Minuten

9. Was möchten Sie uns zum Fragebogen, zur Reha-Maßnahme oder sonst noch mitteilen?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen
Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.

13888753



1000200-1700-001-PO-B