

## AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS

Im Idealfall sollten diese Fragen von der Familie/dem Ehepartner/der Betreuungsperson beantwortet werden. Wenn sowohl der Teilnehmer als auch das Familienmitglied eine Bewertung abgeben und es Abweichungen gibt, geben Sie bitte die Punktzahl des Familienmitglieds ein. **Abstufungen von 0,5 können verwendet werden, wenn Sie der Meinung sind, dass eine Aufgabe deutlich zwischen 2 Punkten liegt.**

Wie wurde die Information gesammelt?  Nur von Teilnehmer/Familie berichtet  
 Geführtes/strukturiertes Interview

Antwort versorgt von:  Teilnehmer  Familie/Ehepartner/Betreuungsperson  Teilnehmer und Familie

**1. Wie würden Sie Ihre Sprache / die des Patienten beschreiben? Punktzahl: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_**

0 = Normal

1 = Leicht beeinträchtigt. Keine Schwierigkeit verstanden zu werden

2 = Mäßig beeinträchtigt. Wird manchmal gebeten Aussagen zu wiederholen

3 = Schwer beeinträchtigt. Wird häufig gebeten Aussagen zu wiederholen

4 = Meist unverständlich

**2. Wie stark ist Ihre Schluckfähigkeit / die des Patienten beeinträchtigt? Punktzahl: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_**

0 = Normal

1 = Seltenes Verschlucken (weniger als einmal pro Monat)

2 = Häufiges Verschlucken (weniger als einmal pro Woche, mehr als einmal pro Monat)

3 = Benötigt angepasste Ernährung oder verschluckt sich mehrere Male pro Woche. Oder der Teilnehmer vermeidet bestimmte Lebensmittel

4 = Benötigt Magensonde oder Gastrostomie Sonde

**3. Wie stark ist Ihre Fähigkeit / die des Patienten beeinträchtigt, Essen zu schneiden und Besteck zu verwenden? Punktzahl: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_**

0 = Normal

1 = Etwas langsam und ungeschickt, aber keine Hilfe benötigt

2 = Ungeschickt und langsam, kann aber die meisten Lebensmittel schneiden, etwas Hilfe benötigt. Oder braucht Hilfe wenn in Eile

3 = Lebensmittel müssen von Hilfsperson geschnitten werden, kann aber langsam selbst essen

4 = Muss gefüttert werden

**4. Wie stark ist Ihre Fähigkeit / die des Patienten beeinträchtigt, sich anzuziehen? Punktzahl \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_**

0 = Normal

1 = Etwas langsam, aber keine Hilfe benötigt

2 = Gelegentliche Unterstützung beim Knöpfen, beim Anziehen der Ärmel usw. oder Anpassung der Aktivität (z.B. zum Anziehen hinsetzen, Klettverschluss für Schuhe verwenden, keine Krawatten mehr tragen usw.)

3 = Erhebliche Hilfe benötigt, kann aber einige Sachen alleine machen

4 = Muss angezogen werden

**5. Wie stark ist Ihre Fähigkeit / die des Patienten eingeschränkt, die Körperpflege selbst durchzuführen?**

**Punktzahl:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

0 = Normal

1 = Etwas langsam, aber keine Hilfe benötigt

2 = Sehr langsame Körperpflege oder benötigt Hilfsmittel wie spezielle Haltegriffe, Wannensitz, Duschstuhl usw.

3 = Benötigt Hilfe beim Waschen, Zähneputzen, Kämmen oder WC-Benutzung

4 = Vollständig auf Hilfe angewiesen (bettlägerig)

**6. Wie oft fallen Sie / der Patient? (Gehhilfen = 3)**

**Punktzahl:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

0 = Normal

1 = Seltene Stürze (weniger als einmal pro Monat)

2 = Gelegentliche Stürze (einmal pro Woche bis einmal pro Monat)

3 = Stürzt mehrmals pro Woche oder benötigt eine Gehhilfe, um Stürze zu verhindern

4 = Kann nicht stehen oder gehen

**7. Wie stark ist Ihre Gehfähigkeit / die des Patienten beeinträchtigt? (Gehhilfe = 3)**

**Punktzahl:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

0 = Normal

1 = Leichte Schwierigkeiten, empfindet Ungleichgewicht

2 = Mäßige Schwierigkeiten, benötigt aber wenig oder keine Unterstützung

3 = Schwere Gangstörung, benötigt Unterstützung oder Gehhilfen

4 = Kann auch mit Unterstützung nicht gehen (rollstuhlgebunden)

**8. Wie stark ist Ihre Sitzfähigkeit / die des Patienten beeinträchtigt?**

**Punktzahl:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

0 = Normal

1 = Leichtes Ungleichgewicht des Rumpfes, benötigt aber keine Rückenlehne

2 = Kann nicht ohne Rückenlehne sitzen

3 = Kann nur mit umfassender Unterstützung sitzen (spezieller Stuhl usw.)

4 = Kann nicht sitzen

**9. Wie stark ist Ihre Blasenfunktion / die des Patienten beeinträchtigt? (Wenn Sie Medikamente für die Blasenfunktion verwenden, wählen Sie bitte 3)**

**Punktzahl:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

0 = Normal

1 = Leichter Harnverhalt oder Dranginkontinenz (weniger als einmal pro Monat)

2 = Mäßiger Harnverhalt, Dranginkontinenz oder seltene Harninkontinenz (mehr als einmal pro Monat, aber weniger als einmal pro Woche)

3 = Häufige Harninkontinenz (mehr als einmal pro Woche)

4 = Verlust der Blasenfunktion, die eine intermittierende Katheterisierung oder einen Verweilkatheter erfordert