

Gesundheits-Profil Fragebogen

Sanaprofil

Solothurn

Stempel Hausärztin/Hausarzt:

Frau

Herr

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum

. .

Telefonnummer

/

Bitte füllen Sie diesen Gesundheits-Profil Fragebogen aus, damit für Sie ein persönlicher Gesundheitsbericht mit Angaben zu Ihrem gesundheitlichen Befinden, dem Stand Ihrer Gesundheitsvorsorge sowie allfälliger gesundheitlicher Risiken erstellt werden kann.

Datenschutz

Das Ausfüllen des Gesundheits-Profil Fragebogens ist freiwillig. Mit dem Ausfüllen und Rücksenden des Fragebogens stimmen Sie der vertraulichen Verwendung Ihrer persönlichen Daten wie folgt zu: Die Datenerfassung erfolgt durch ein spezialisiertes Rechenzentrum. Anschliessend erhalten ausschliesslich Sie und Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Einblick in die persönlichen Daten. Sämtliche weiteren Auswertungen erfolgen anonym, sodass keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen möglich sind. Zusätzliche Angaben können Sie dem Informationsblatt zu Sanaprofil Solothurn entnehmen.

Denken Sie daran ...

- *Lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und befolgen Sie alle Anweisungen.*
- *Kreuzen Sie Kästchen folgendermassen an:*
- *Schreiben Sie bitte keine Bemerkungen in die Zwischenräume und an die Ränder – sie können nicht berücksichtigt werden.*
- *Beantworten Sie die Fragen zu allen Abschnitten und Einzelpunkten, auch wenn das angesprochene Thema Sie nicht direkt betrifft.*
- *Lassen Sie keine Fragen aus, auch wenn Ihre Antwort "Nein" lautet.*
- *Achten Sie darauf, dass Sie jede Seite ausfüllen.*

Masse und gesundheitliche Daten

1. Wie würden Sie im Grossen und Ganzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand beschreiben? Würden Sie sagen, er ist ...

- ₁ ...sehr gut
₂ ...gut
₃ ...mässig
₄ ...schlecht
₅ ...sehr schlecht

2. Ihre aktuelle Körpergrösse in Meter (*m*) und Zentimeter (*cm*) ohne Schuhe?

m cm

- 3a. Hat Ihre Körpergrösse mit fortschreitendem Alter abgenommen?

- ₁ Nein → *Fahren Sie bei Frage 4 auf dieser Seite fort*
₂ Ja ↓

- 3b. Wie war Ihre Körpergrösse im jungen Erwachsenenalter?

m cm

4. Ihr aktuelles Körpergewicht in Kilogramm (*kg*), in leichter Kleidung ohne Schuhe?

kg

5. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht abgenommen?

- ₁ Ja, ich habe mehr als 3kg abgenommen
₂ Ja, ich habe zwischen 1kg und 3kg abgenommen
₃ Nein, ich habe nicht abgenommen

6. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

Oberer Wert (*Systolisch*)

Unterer Wert (*Diastolisch*)

- ₁ Ich weiss es nicht / ich bin nicht sicher

7. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine akute Krankheit, eine Operation oder psychischen Stress?

- ₁ Nein
₂ Ja

Medizinische Vorgeschichte

Hat Ihnen jemals ein Arzt/eine Ärztin gesagt, Sie hätten eine/einen ...? <i>Bitte beantworten Sie jede Frage mit Nein oder Ja.</i>		Nein	Ja
1.	Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2.	Erhöhten Cholesterinwert (<i>Hypercholesterinämie</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3.	Zuckerkrankheit (<i>Diabetes mellitus</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4.	Blutarmut (<i>Anämie</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	Erkrankung der Herzgefäße (z.B. <i>koronare Herzkrankheit, Angina pectoris oder Herzinfarkt</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6.	Herzschwäche (<i>Herzinsuffizienz</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	Schlaganfall (<i>Gehirnschlag</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8.	Venenleiden an den Beinen (z. B. <i>Venenentzündungen, Venenthrombosen, Krampfadern</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10.	Asthma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
12.	Gelenksarthrose oder sonstige rheumatische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
13.	Depression	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14.	Demenzerkrankung (<i>Alzheimer</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15.	Grünen Star (<i>Glaukom, Star wegen hohem Augendruck</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16.	Krebserkrankung (z.B. <i>bösartigen Tumor, Lymphom</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
17.	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
18.	Leberkrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
19.	Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Medikamente/ Heilmittel

Bei den folgenden Fragen geht es um Medikamente und Heilmittel. **Zählen Sie auch nicht rezeptpflichtige Medikamente und pflanzliche Heilmittel oder Medikamente, die Sie nur unregelmässig (z.B. 1 mal pro Woche) verwenden, dazu.**

1. Wie viele verschiedene Medikamente/ pflanzliche Heilmittel zum schlucken (z.B. Tabletten, Kapseln, Dragées, Tropfen oder Brausetabletten) haben Sie in den letzten 7 Tagen verwendet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	mehr
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

2. Haben Sie in den letzten 7 Tagen noch zusätzliche Medikamente/ Heilmittel verwendet, die **nicht** zum schlucken sind?

a. Augentropfen	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	<input type="checkbox"/> ₂	Nein
b. Medikamentenpflaster	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	<input type="checkbox"/> ₂	Nein
c. Spritzen	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	<input type="checkbox"/> ₂	Nein
d. Inhalationsmittel	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	<input type="checkbox"/> ₂	Nein
e. Zäpfchen	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	<input type="checkbox"/> ₂	Nein

Falls Sie angegeben haben, dass Sie in den letzten 7 Tagen **Medikamente/ Heilmittel in irgendeiner Form verwendet haben**, beantworten Sie die folgenden Fragen.

Geben Sie an, ob Sie in den letzten 7 Tagen folgende Medikamente/ Heilmittel verwendet haben.		Nein	Ja
3.	Medikamente gegen hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4.	Medikamente gegen hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	Spritzen oder Tabletten gegen Zuckerkrankheit (<i>Diabetes mellitus</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6.	Medikamente gegen Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	Medikamente zur Blutverdünnung (<i>Plättchenhemmung oder Antikoagulation</i>) (z.B. <i>Alcacyl</i> [®] , <i>Aspirin</i> [®] , <i>Plavix</i> [®] , <i>Tiatral</i> [®] , <i>Marcoumar</i> [®] oder <i>Sintrom</i> [®])	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8.	Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10.	Medikamente gegen Angst (<i>schlechte Nerven oder Nervosität</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.	Medikamente gegen depressive Zustände oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
12.	Medikamente gegen Demenz (<i>Alzheimer</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Nur für Frauen:			
13.	Medikamente zum Ersatz von weiblichen Hormonen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

14a. Haben Sie eine Medikamentenallergie?

- ₁ Nein
₂ Ja



Fahren Sie bei Frage 15 auf dieser Seite fort



14b. Sind Sie im Besitz eines Medikamentenallergie-Passes?

- ₁ Nein
₂ Ja

Bei den folgenden Fragen ermitteln wir, ob Probleme im Zusammenhang mit Medikamenten bestehen. **Wenn Sie zur Zeit KEINE Medikamente verwenden, dann fahren Sie auf Seite 6 (Schmerzen) fort.**

15. Haben Sie einen Medikamentenplan, worauf die Medikamente, die Sie zur Zeit verwenden, aufgelistet sind?

- ₁ Nein
₂ Ja

16. Verwenden Sie ein Medikamentendosett (ein besonderes Gefäß, in welchem die Medikamente für eine Woche vorbereitet werden können)?

- ₁ Nein
₂ Ja

17. Haben Sie Schwierigkeiten zum Verstehen, wann und wie Sie Ihre Medikamente verwenden müssen?

- ₁ Nein
₂ Ja

18. Gibt es bei den Medikamenten, die Sie zur Zeit verwenden solche, bei denen Sie nicht wissen, weswegen Sie diese verwenden?

- ₁ Nein
₂ Ja

19. Haben Sie mehr als einen Arzt /eine Ärztin, der/die Ihnen Medikamente verschreibt?

- ₁ Nein
₂ Ja

20. Haben Sie festgestellt, dass bei Ihnen Nebenwirkungen durch Ihre Medikamente auftreten?

- ₁ Nein
₂ Ja

Schmerzen

In den folgenden Fragen ermitteln wir, ob und wie stark Sie Schmerzen haben und ob Schmerzen Ihren Alltag beeinflussen. In den ersten zwei Fragen wird eine Skala verwendet, um die Stärke Ihrer Schmerzen zu erfassen. **0** bedeutet kein Schmerz, **10** der schlimmste vorstellbare Schmerz. **Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Schmerzstärke entspricht.**

1. Wie stark sind Ihre Schmerzen heute?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
kein Schmerz									schlimmster Schmerz	

2. Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den letzten 7 Tagen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
kein Schmerz									schlimmster Schmerz	

Sind Schmerzen die Ursache dafür, dass ...		Nein	Ja
3.	... Sie eine Arbeit bzw. andere Tätigkeit weniger oft oder weniger lange ausführen können?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4.	... Sie weniger leistungsfähig sind, als Sie es sich wünschen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	... Sie Arbeiten oder andere Tätigkeiten aufgeben mussten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6.	... Sie Arbeiten oder andere Tätigkeiten mehr Anstrengung kosten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	... Sie mit Freunden oder Angehörigen seltener etwas unternehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8.	... Sie Schlafprobleme haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Im Folgenden fragen wir Sie, ob gewisse Tätigkeiten Ihnen Schmerzen bereiten. **Wenn Sie die Tätigkeiten zur Zeit nicht ausüben, beantworten Sie die Frage als würden Sie die Tätigkeiten ausüben. Wählen Sie jeweils die Antwort, welche für Sie am ehesten zutrifft.**

Bereiten Ihnen die folgenden Tätigkeiten Schmerzen?		Nein	Ja
9.	Weniger als 200m zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10.	Mehr als 200m zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.	Mehr als ein Stockwerk Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
12.	Körperlich mittelschwer belastende Tätigkeiten (z.B. Hausarbeiten oder leichten Sport)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Sehen

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, Ihr Sehvermögen zu beschreiben. Hinweis für Personen, welche eine Brille oder Kontaktlinsen tragen: **Beantworten Sie die Fragen bitte so, wie Sie mit der Sehhilfe sehen. Wählen Sie zu jeder Frage die Antwort, die Ihre Situation am besten beschreibt.**

1. Wie beurteilen Sie zur Zeit Ihr **Sehvermögen** mit beiden Augen?

- ₁ Ausgezeichnet
- ₂ Gut
- ₃ Einigermassen
- ₄ Schlecht
- ₅ Sehr schlecht
- ₆ Befragte Person ist schwer sehbehindert oder blind (Fragebogen wird durch Bezugsperson ausgefüllt)

In folgenden Punkte fragen wir nach den Schwierigkeiten, die es Ihnen bereitet, bestimmte Tätigkeiten auszuüben (gegebenenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen).

2. Wie schwer fällt es Ihnen, **normale Schrift in den Zeitungen zu lesen**?

- ₁ Überhaupt keine Schwierigkeiten
- ₂ Leichte Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten
- ₅ Aufgehört wegen eingeschränktem Sehvermögen
- ₆ Aufgehört aus anderen Gründen

3. Wie schwer fällt es Ihnen, Arbeiten oder Hobbys auszuüben, bei denen Sie **auf kurze Entfernung gut sehen** müssen (z.B. schreiben, Kreuzworträtsel lösen, Karten spielen, nähen oder verwenden von Werkzeugen)?

- ₁ Überhaupt keine Schwierigkeiten
- ₂ Leichte Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten
- ₅ Aufgehört wegen eingeschränktem Sehvermögen
- ₆ Aufgehört aus anderen Gründen

4. Wie schwer fällt es Ihnen, **bei schwachem Licht oder nachts** Stufen oder Treppen **hinunterzugehen**?

- ₁ Überhaupt keine Schwierigkeiten
- ₂ Leichte Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten
- ₅ Aufgehört wegen eingeschränktem Sehvermögen
- ₆ Aufgehört aus anderen Gründen

5. Wie schwer fällt es Ihnen, **beim Vorwärtsgehen auch Dinge rechts und links wahrzunehmen** (*unerwartete Hindernisse, Gefahren*)?

- ₁ Überhaupt keine Schwierigkeiten
- ₂ Leichte Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten
- ₅ Aufgehört wegen eingeschränktem Sehvermögen
- ₆ Aufgehört aus anderen Gründen

6. Wie schwer fällt es Ihnen, aufgrund von Sehproblemen **etwas in einem vollen Regal zu finden**?

- ₁ Überhaupt keine Schwierigkeiten
- ₂ Leichte Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten
- ₅ Aufgehört wegen eingeschränktem Sehvermögen
- ₆ Aufgehört aus anderen Gründen

7. Müssen Sie aufgrund von Sehproblemen Ihre Arbeit oder sonstige Tätigkeiten **vorzeitig abbrechen**?

- ₁ Nie
- ₂ Selten
- ₃ Manchmal
- ₄ Häufig
- ₅ Immer

Jetzt stellen wir Ihnen ein paar Fragen zum Thema Autofahren.

8a. **Fahren Sie selber Auto**, sei dies regelmässig oder nur hin und wieder?

- ₁ Ja
- ₂ Nein

Fahren Sie bei Frage 9 auf dieser Seite fort

8b. Sind Sie nie selber Auto gefahren oder haben Sie das **Autofahren aufgegeben**?

- ₁ Ich bin nie selber Auto gefahren
- ₂ Ich habe das Autofahren aufgegeben

Fahren Sie auf Seite 9 (Hören) fort

8c. Warum haben Sie das Autofahren aufgegeben?

- ₁ Hauptsächlich wegen meiner Sehfähigkeit
- ₂ Hauptsächlich aus anderen Gründen
- ₃ Aus beiden oben genannten Gründen

Diese Frage richtet sich nur an Personen, welche selber Auto fahren.

9. Wie schwer fällt Ihnen das Autofahren **bei Tag** in bekannter Umgebung?

- ₁ Keinerlei Schwierigkeiten
- ₂ Wenig Schwierigkeiten
- ₃ Ziemliche Schwierigkeiten
- ₄ Äusserste Schwierigkeiten

Hören

Die folgenden Fragen ermitteln, ob Sie aufgrund von Hörproblemen Schwierigkeiten haben.
Hinweise für Personen mit Hörgerät: **beantworten Sie die Fragen bitte so, wie Sie mit Hörgerät hören.**

1. Wie würden Sie Ihr Hörvermögen einstufen?

- ₁ Ausgezeichnet
- ₂ Gut
- ₃ Mittelmässig
- ₄ Schlecht
- ₅ Sehr schlecht
- ₆ Gehörlos

Verursachen eventuelle Hörschwierigkeiten, dass ...		Nein	Gelegentlich	Ja
2.	... Sie verlegen sind, wenn Sie Leute kennen lernen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.	... Sie sich hilflos fühlen, wenn Sie sich mit Ihren Familienangehörigen unterhalten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.	... Sie Schwierigkeiten haben, wenn Sie Freunde, Verwandte oder Nachbarn besuchen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.	... Sie seltener in den Gottesdienst gehen oder einen Theaterbesuch machen, als Sie dies eigentlich gern tun würden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.	... mit Familienangehörigen Missverständnisse auftreten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7.	... Sie Schwierigkeiten beim Radiohören oder Fernsehen haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.	... Sie Schwierigkeiten haben, wenn Sie mit Verwandten oder Freunden im Restaurant sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9.	... Sie Verständnisprobleme haben, wenn jemand flüstert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10.	... Sie sich dadurch behindert fühlen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11.	... Ihr persönlicher oder gesellschaftlicher Umgang eingeschränkt oder erschwert wird?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

12a. Tragen Sie ein Hörgerät?

- ₁ Nein
- ₂ Ja

Fahren Sie auf Seite 10 (Psyche und Gedächtnis) fort

12b. Haben Sie Ihr Hörgerät von Ihrem Akustiker/Ihrer Akustikerin in den vergangenen 12 Monaten testen lassen?

- ₁ Nein
- ₂ Ja

Psyche und Gedächtnis

Bei Frage 1 bis 5 geht es darum, wie Sie sich während des letzten Monats gefühlt haben.

Wie häufig haben Sie sich während des letzten Monats ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Fast immer	Immer
1. ... ausgeglichen und zufrieden gefühlt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2. ... unruhig oder nervös gefühlt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3. ... so deprimiert gefühlt, dass Sie nichts mehr aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4. ... niedergeschlagen und traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5. ... glücklich gefühlt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Bei Frage 6 bis 15 geht es um Ihr Gedächtnis: **Wählen Sie jeweils die Antwort, welche für Sie am ehesten zutrifft.**

Geben Sie an, was am ehesten zutrifft.	Fast nie	Manchmal	Oft	Fast immer
6. Können Sie sich erinnern, welche Kleidung Sie gestern trugen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Erinnern Sie sich gewöhnlich in einem Kaufhaus, welchen Eingang Sie benutzt haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Können Sie sich erinnern, wo Sie sich verabredet haben oder wo Sie Ihr Auto geparkt haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Können Sie im Dunkeln Ihren Autoschlüssel oder Briefkastenschlüssel von Ihrem Hausschlüssel unterscheiden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Erinnern Sie sich, wo Sie Ihre Brille oder Ihre Schlüssel gelassen haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Wenn Sie jemand anruft, können Sie ihm oder ihr den Weg zu Ihrem Haus beschreiben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Wenn Sie eine Fernsehserie oder eine Radioserie verfolgen, können Sie sich erinnern, was in der letzten Folge geschah?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Können Sie beschreiben, was Sie am letzten Sonntagnachmittag gemacht haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Können Sie eine Melodie nachsummen, wenn Sie sie einige Male gehört haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Können Sie Geräte, die Sie zum Reinigen auseinandergenommen haben, wieder zusammensetzen (z. B. Kaffeemaschine, Rasierer)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Soziales Umfeld

Unser soziales Umfeld bietet uns Gesellschaft und Freizeitkontakte, aber auch Hilfe und Unterstützung in ernsten Situationen.

Zunächst fragen wir nach Kontakten zu **Familienangehörigen** und **Verwandten** (Ehepartner/in, Kinder, Enkelkinder, Schwägernte und andere Verwandte).

1. Mit wie vielen Familienangehörigen treffen Sie sich mindestens einmal pro Monat oder haben Sie mindestens einmal pro Monat sonstigen Kontakt (z.B. telefonisch)?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

2. Mit wie vielen Familienangehörigen sind Sie so vertraut, dass Sie sie um Unterstützung bitten können?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

3. Mit wie vielen Familienangehörigen sind Sie so vertraut, dass Sie private Angelegenheiten mit ihnen besprechen können?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

Jetzt fragen wir nach Kontakten zu **Freunden** und **Nachbarn**.

4. Mit wie vielen Freunden oder Nachbarn treffen Sie sich mindestens einmal pro Monat oder haben Sie mindestens einmal pro Monat sonstigen Kontakt (z.B. telefonisch)?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

5. Mit wie vielen Freunden oder Nachbarn sind Sie so vertraut, dass Sie sie um Hilfe bitten können?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

6. Mit wie vielen Freunden oder Nachbarn sind Sie so vertraut, dass Sie private Angelegenheiten mit ihnen besprechen können?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | 9 oder mehr Personen | <input type="checkbox"/> ₄ | 2 Personen |
| <input type="checkbox"/> ₂ | 5 bis 8 Personen | <input type="checkbox"/> ₅ | 1 Person |
| <input type="checkbox"/> ₃ | 3 oder 4 Personen | <input type="checkbox"/> ₆ | Keine |

Im Folgenden fragen wir Sie nach **sozialer Unterstützung und Hilfe**.

7. Wie oft ist jemand (*Partner/in, Angehörige, Freunde etc.*) da, welcher Ihnen Freundschaft und Zuneigung zeigt, wenn Sie es brauchen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Immer | <input type="checkbox"/> ₄ Manchmal |
| <input type="checkbox"/> ₂ Meistens | <input type="checkbox"/> ₅ Selten |
| <input type="checkbox"/> ₃ Oft | <input type="checkbox"/> ₆ Nie |

8. Wie oft ist jemand (*Partner/in, Angehörige, Freunde etc.*) da, welcher mit Ihnen Ihre intimsten Sorgen und Ängste teilt, wenn Sie es brauchen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Immer | <input type="checkbox"/> ₄ Manchmal |
| <input type="checkbox"/> ₂ Meistens | <input type="checkbox"/> ₅ Selten |
| <input type="checkbox"/> ₃ Oft | <input type="checkbox"/> ₆ Nie |

9. Wie oft ist jemand (*Partner/in, Angehörige, Freunde etc.*) da, welcher Sie spüren lässt, dass Sie gebraucht werden und den Sie lieben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Immer | <input type="checkbox"/> ₄ Manchmal |
| <input type="checkbox"/> ₂ Meistens | <input type="checkbox"/> ₅ Selten |
| <input type="checkbox"/> ₃ Oft | <input type="checkbox"/> ₆ Nie |

10. Haben Sie jemanden (*Partner/in, Angehörige, Bekannte, Nachbarn*), der, falls nötig, einige Tage für Sie sorgen würde?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Nein |
| <input type="checkbox"/> ₂ Ja |

Bei den nächsten Fragen geht es um **soziale Aktivitäten**.

11. Wie oft pro Monat nehmen Sie an organisierten Veranstaltungen teil (*z.B. Hobby- und Freizeitgruppen, Vereine, kirchliche oder politische Anlässe*)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Neunmal oder öfter | <input type="checkbox"/> ₄ Zweimal |
| <input type="checkbox"/> ₂ Fünf- bis achtmal | <input type="checkbox"/> ₅ Einmal |
| <input type="checkbox"/> ₃ Drei- oder viermal | <input type="checkbox"/> ₆ Nie |

12. Wie oft helfen Sie anderen Leuten oder Angehörigen (*z.B. Krankenpflege, Haushalthilfe, Einkäufe erledigen, Krankentransporte, Kinderbetreuung*)?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Nie |
| <input type="checkbox"/> ₂ Weniger als einmal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> ₃ Ein- bis zweimal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> ₄ Einmal oder mehrmals pro Woche |
| <input type="checkbox"/> ₅ Täglich |

Selbständigkeit im Alltag

Bei den folgenden Fragen geht es um grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens. **Unterscheiden Sie dabei bitte, ob Sie Schwierigkeiten haben oder eine Hilfsperson benötigen.**

Sind Sie in der Lage folgende Tätigkeiten SELBSTÄNDIG auszuüben?	Ja, ohne Schwierigkeiten	Ja, aber mit Schwierigkeiten	Nein, benötige eine Hilfsperson
1. Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Aufs WC gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. An-/Auskleiden (Kleider und Schuhe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Baden oder Duschen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Vom Bett aufstehen und sich zu einem Stuhl begeben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Bei der nächsten Frage geht es um Schwierigkeiten mit der Beherrschung der Blase. Es kann z.B. vorkommen, dass beim Husten oder Niesen kleinere Urinmengen abgehen.

6a. Ist Ihnen in den letzten 12 Monaten jemals unkontrolliert etwas Urin abgegangen?

- ₁ Nein
₂ Ja



Fahren Sie bei Frage 7 auf dieser Seite fort



6b. Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten, an mindestens 6 Tagen passiert?

- ₁ Nein
₂ Ja

In den folgenden Fragen geht es um Verrichtungen im Alltag. **Unterscheiden Sie dabei bitte, ob Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe benötigen oder ob Sie diese Verrichtungen nicht mehr ausüben können .**

Sind Sie in der Lage folgende Tätigkeiten SELBSTÄNDIG auszuüben?	Ja, ohne Schwierigkeiten	Ja, aber mit Schwierigkeiten	Nein nur mit Hilfe oder nicht mehr möglich
7. Sich von zu Hause fortbewegen, (z.B. mit dem Auto oder einem öffentlichem Verkehrsmittel)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Einkäufe erledigen (z.B. Nahrungsmittel oder Kleidung)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Mahlzeiten zubereiten (z.B. Suppe kochen, Menüs kochen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Arbeiten im Haushalt verrichten (z.B. Böden wischen, Staub saugen, Bad oder Küche reinigen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Mit Geld umgehen oder finanzielle Angelegenheiten regeln (z.B. Einzahlungen vornehmen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Mobilität im Alltag

Bei den folgenden Fragen geht es um das **Gehen von ungefähr einem Kilometer.**

1. Können Sie einen Kilometer zu Fuss gehen?

₁ Nein

₂ Ja



Fahren Sie bei Frage 5 auf dieser Seite fort



2. Haben Sie aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen **Schwierigkeiten** einen Kilometer zu Fuss zu gehen?

₁ Nein, ich habe keine Schwierigkeiten

₂ Ja, ich habe Schwierigkeiten

3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten die **Art und Weise geändert**, mit der Sie einen Kilometer zu Fuss gehen (z.B. Sie gehen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihre Haltung oder Ihren Schritt verändert, verwenden seit dem letzten Jahr neu einen Stock oder andere Gehhilfen oder legen häufiger Ruhepausen ein als vorher)?

₁ Nein

₂ Ja

4. Sind Sie in den letzten 12 Monaten **weniger oft** einen Kilometer zu Fuss gegangen (z.B. Sie gehen seltener zu Fuss als noch vor einem Jahr, nicht mehr jeden Tag, sondern nur noch 3-4 mal pro Woche, beispielsweise weil Sie schneller ermüden)?

₁ Nein

₂ Ja

Bei den folgenden Fragen geht es um **10 Treppenstufen steigen.**

5. Können Sie 10 Treppenstufen hinaufsteigen?

₁ Nein

₂ Ja



Fahren Sie auf Seite 15 (Rauchen) fort



6. Haben Sie aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen **Schwierigkeiten** 10 Treppenstufen zu steigen?

₁ Nein

₂ Ja

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten die **Art und Weise geändert**, mit der Sie 10 Treppenstufen steigen (z.B. Sie steigen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihren Schritt oder Ihre Gehweise verändert, legen häufiger Ruhepausen ein oder benutzen häufiger das Geländer)?

₁ Nein

₂ Ja

8. Sind Sie in den letzten 12 Monaten **weniger oft** 10 Treppenstufen gestiegen (z.B. Sie steigen seltener Treppenstufen, wenn möglich benutzen Sie häufiger den Fahrstuhl, vielleicht weil Sie Gelenkbeschwerden haben)?

₁ Nein

₂ Ja

Rauchen

1. Sind Sie zur Zeit Zigarettenraucher/in?

- ₁ Nein, ich habe nie Zigaretten geraucht
₂ Nein, ich habe vor mehr als 6 Monaten aufgehört
₃ Nein, ich habe in den letzten 6 Monaten aufgehört
₄ Ja, ich bin zur Zeit Zigarettenraucher/in

2. Konsumieren Sie zur Zeit Tabak in einer anderen Form (z.B. Zigarre oder Pfeife)?

- ₁ Nein
₂ Ja

Die nächsten Fragen richten sich sowohl an jetzige und ehemalige Zigarettenraucher/innen. Bitte beachten Sie, AN WEN die Fragen gestellt sind.

Nur für JETZIGE Zigarettenraucher/innen.

3. Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Rauchen aufgehört (für mindestens 24 Stunden)?

- ₁ nie
₂ einmal
₃ mehr als einmal

4. Haben Sie ernsthaft daran gedacht mit Rauchen aufzuhören?

- ₁ Ja, ich will in den nächsten 30 Tagen aufhören
₂ Ja, ich will in den nächsten 6 Monaten aufhören
₃ Nein, ich will nicht mit Rauchen aufhören

Nur für EHEMALIGE Zigarettenraucher/innen.

5. Wann haben Sie aufgehört, regelmässig Zigaretten zu rauchen?

- ₁ vor weniger als 1 Jahr
₂ vor mehr als 1 Jahr
₃ vor mehr als 5 Jahren
₄ vor mehr als 10 Jahren
₅ vor mehr als 15 Jahren

Für JETZIGE und EHEMALIGE Zigarettenraucher/innen.

6. Hatten Sie eine Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader innerhalb der letzten 10 Jahre?

- ₁ Nein
₂ Ja

Alkohol

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Alkoholkonsum.
Als ein alkoholisches Getränk zählt eines der folgenden Beispiele:



1 Dose Bier
1 Flasche Bier
0,3 l (3 dl)

oder



1 Glas Wein
1 Glas Sekt
0,1 l (1 dl)

oder



1 Gläschen
Schnaps, Magen-
bitter usw. 2 cl

oder



1 Gläschen
Likör oder
Mischgetränk

Zunächst fragen wir nach der Häufigkeit Ihres Alkoholkonsums.

Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie nur selten Alkohol konsumieren.

1. Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr alkoholische Getränke konsumiert?

- ₁ Nie → *Fahren Sie auf Seite 18 (Körperliche Aktivität) fort*
₂ Einmal pro Monat oder seltener
₃ Zwei- bis viermal pro Monat
₄ Zwei- bis dreimal pro Woche
₅ Viermal oder häufiger pro Woche

2. Wie viele alkoholische Getränke haben Sie im vergangenen Jahr, an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, konsumiert?

- ₁ 1 oder 2
₂ 3 oder 4
₃ 5 oder 6
₄ 7 bis 9
₅ 10 oder mehr

3. Wie oft ist es im vergangenen Jahr vorgekommen, dass Sie bei einer Gelegenheit sechs oder mehr alkoholische Getränke konsumiert haben?

- ₁ Nie
₂ Weniger als einmal pro Monat
₃ *Einmal* pro Monat
₄ Jede Woche einmal
₅ Täglich oder fast täglich

Bei den nächsten Fragen geht es um Erfahrungen im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum.

4. Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?

- ₁ Nein
₂ Ja

5. Hat es Sie auch schon aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisierten?

- ₁ Nein
₂ Ja

6. Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums auch schon Gewissensbisse?

- ₁ Nein
₂ Ja

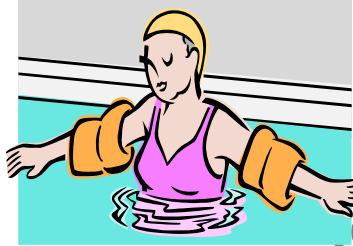
7. Haben Sie morgens, nach dem Erwachen, auch schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?

- ₁ Nein
₂ Ja

VERTRAULICH - (c) Geriatrie Universität Bern

Körperliche Aktivität

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre körperliche Aktivität während der vergangenen 7 Tage. Wenn die letzte Woche nicht Ihrer normalen Lebensweise entsprach, antworten Sie für eine typische Woche. Dazu gehören Aktivitäten bei der Arbeit, bei der Haus- oder Gartenarbeit, Freizeitaktivitäten sowie sportliche Aktivitäten. Als körperliche Aktivität könnten folgende Beispiele zählen:



Fragen 1 und 2: Denken Sie an all die **intensiven Aktivitäten**, die mit grösserer Anstrengung verbunden sind und die Sie während der letzten 7 Tage ausübten. Intensive Aktivitäten verstärken Ihre Atmung stark. Dazu gehören zum Beispiel stark anstrengende körperliche Aktivitäten bei der Arbeit, im und ums Haus und in der Freizeit, sportliche Aktivitäten wie schnelles Radfahren (als Sport oder auf Hometrainer), Joggen, Aerobics oder Fitnessstraining. Denken Sie nur an diejenigen Aktivitäten, die Sie jeweils während **mindestens 10 Minuten** am Stück ausführten.

1. An wie vielen der letzten 7 Tage führten Sie **intensive Aktivitäten** aus?

- ₁ Gar nicht in den letzten 7 Tagen → **Fahren Sie auf Seite 19 (Frage 3) fort**
- ₂ 1 - 2 Tage pro Woche
- ₃ 3 - 4 Tage pro Woche
- ₄ 5 - 6 Tage pro Woche
- ₅ 7 Tage pro Woche

2. Wie viel Zeit wenden Sie an einem dieser Tage üblicherweise für **intensive körperliche Aktivitäten** auf?

- ₁ ca. 10 Minuten pro Tag
- ₂ ca. 20 Minuten pro Tag
- ₃ ca. 30 Minuten pro Tag
- ₄ ca. 1 Stunde pro Tag
- ₅ ca. 2 - 3 Stunden pro Tag
- ₆ ca. 4 oder mehr Stunden pro Tag

Fragen 3 und 4: Denken Sie jetzt an körperliche Aktivitäten, die **mässig** anstrengend sind und die Sie während der letzten 7 Tage ausübten. Mässige körperliche Aktivitäten lassen Sie etwas stärker atmen. Dazu könnten mässig körperliche Aktivitäten bei der Arbeit, im und ums Haus und in der Freizeit, sportliche Aktivitäten wie Radfahren mit normaler Geschwindigkeit, Nordic Walking, Turnen/ Gymnastik, Schwimmen oder Tanzen zählen. Noch einmal: Denken Sie nur an die Aktivitäten, die Sie während **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbruch ausübten.

3. An wie vielen der letzten 7 Tage führten Sie **mässig körperliche Aktivitäten** aus?

- ₁ Gar nicht in den letzten 7 Tagen → *Fahren Sie bei Frage 5 auf dieser Seite fort*
- ₂ 1 - 2 Tage pro Woche
- ₃ 3 - 4 Tage pro Woche
- ₄ 5 - 6 Tage pro Woche
- ₅ 7 Tage pro Woche

4. Wie viel Zeit wenden Sie an einem dieser Tage üblicherweise für **mässig körperliche Aktivitäten** auf?

- ₁ ca. 10 Minuten pro Tag
- ₂ ca. 20 Minuten pro Tag
- ₃ ca. 30 Minuten pro Tag
- ₄ ca. 1 Stunde pro Tag
- ₅ ca. 2 - 3 Stunden pro Tag
- ₆ ca. 4 oder mehr Stunden pro Tag

Fragen 5 und 6: Denken Sie jetzt an die Zeit, die Sie während der letzten 7 Tage für das **Gehen** aufgewendet haben. Dazu zählen das Gehen während der Arbeit und zu Hause, Gehen um von einem Ort zu einem anderen zu gelangen und jedes weitere Gehen, das Sie vielleicht ausschließlich zur Erholung oder in der Freizeit ausübten.

5. An wie vielen der letzten 7 Tage **gingen** Sie für mindestens 10 Minuten oder länger ohne Unterbruch?

- ₁ Gar nicht in den letzten 7 Tagen → *Fahren Sie auf Seite 20 (Frage 7) fort*
- ₂ 1 - 2 Tage pro Woche
- ₃ 3 - 4 Tage pro Woche
- ₄ 5 - 6 Tage pro Woche
- ₅ 7 Tage pro Woche

6. Wie viel Zeit wenden Sie üblicherweise an einem dieser Tage für das **Gehen** auf?

- ₁ ca. 10 Minuten pro Tag
- ₂ ca. 20 Minuten pro Tag
- ₃ ca. 30 Minuten pro Tag
- ₄ ca. 1 Stunde pro Tag
- ₅ ca. 2 - 3 Stunden pro Tag
- ₆ ca. 4 oder mehr Stunden pro Tag

Fragen 7: Denken Sie an die Zeit, während der Sie an den letzten 7 Tagen **sassen**.

Berücksichtigen Sie die Zeit bei der Arbeit, zu Hause, während dem Kurs oder während der Freizeit. Dazu könnten das Sitzen am Tisch, beim Besuch von Freunden, beim Lesen oder das Sitzen oder Liegen beim Fernsehen gehören.

7. Wie lange **sassen** Sie während den letzten 7 Tagen üblicherweise an einem Wochentag?

- ₁ ca. 10 Minuten pro Tag
- ₂ ca. 20 Minuten pro Tag
- ₃ ca. 30 Minuten pro Tag
- ₄ ca. 1 Stunde pro Tag
- ₅ ca. 2 - 3 Stunden pro Tag
- ₆ ca. 4 oder mehr Stunden pro Tag

Im Folgenden fragen wir Sie, ob Sie Ihre körperliche Aktivität steigern möchten und falls nein, welche Faktoren Sie davon abhalten .

8. Beabsichtigen Sie, Ihre körperliche Aktivität zu steigern?

- ₁ Nein, ich beabsichtige nicht, meine körperliche Aktivität zu steigern
- ₂ Ja, ich nehme mir vor, meine körperliche Aktivität in den nächsten 6 Monaten zu steigern
- ₃ Ja, ich will meine körperliche Aktivität im nächsten Monat steigern

9. Welche der folgenden Gründe halten Sie davon ab, sich mehr körperlich zu betätigen?

Hier sind mehrere Antworten möglich. Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Antworten an.

- a. ₁ Ich bin bereits regelmässig körperlich aktiv
- b. ₁ Ich habe niemanden, der mitmacht
- c. ₁ Ich kenne keine Angebote, die für meine Altersgruppe geeignet sind
- d. ₁ Ich habe keine Zeit
- e. ₁ Kosten
- f. ₁ Wetter
- g. ₁ Ich habe eine Krankheit, die meine Belastbarkeit einschränkt
- h. ₁ Ich habe eine körperliche Behinderung
- i. ₁ Ich habe vermehrt Schmerzen, wenn ich mich körperlich betätige

Ernährung

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Konsum von **Früchten und Gemüse** während der letzten Woche. Wenn die letzte Woche nicht Ihrer normalen Lebensweise entsprach, antworten Sie für eine typische Woche. In den folgenden Beispielen ist gezeigt, wie viel Früchte/Gemüse einer Portion entspricht.



**Frucht-/
Gemüsesaft**
2 dl (ungezuckert)



**Früchte/
Beeren**
ca. 120g
(= 1 Hand voll)



Salat
ca. 120g
(= 1 kleiner Teller)



Gemüse
ca. 120g
1 Teller Suppe
½ Tasse
Tomatensauce

1. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion **100%igen Frucht- oder Gemüsesaft**, getrunken (**ohne** Limonade, Vitamin-Drink oder andere Getränke, welche nur z. T. Fruchtsaft enthalten)? Zählen Sie alle Frucht- und Gemüsesäfte, die Sie zu Hauptmahlzeiten oder auch zwischendurch getrunken haben.

- ₁ Nie während der letzten Woche
₂ 1 - 2-mal pro Woche
₃ 3 - 6-mal pro Woche
₄ 1-mal pro Tag
₅ 2-mal pro Tag
₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

2. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion **Früchte oder Beeren** gegessen (**ohne** Fruchtsäfte)? Dazu gehören frische oder tiefgekühlte Früchte/Beeren sowie Früchte/Beeren aus der Dose. Zählen Sie alle Früchte und Beeren, die Sie zu Hauptmahlzeiten oder auch zwischendurch gegessen haben.

- ₁ Nie während der letzten Woche
₂ 1 - 2-mal pro Woche
₃ 3 - 6-mal pro Woche
₄ 1-mal pro Tag
₅ 2-mal pro Tag
₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

3. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion **Salat** gegessen (**ohne** Wurst-, Käse-, Kartoffel- oder Thonsalat)?

- ₁ Nie während der letzten Woche
₂ 1 - 2-mal pro Woche
₃ 3 - 6-mal pro Woche
₄ 1-mal pro Tag
₅ 2-mal pro Tag
₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

4. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion **Gemüse** (ca. 120g) gegessen (**ohne Salat und Kartoffeln**)? *Dazu gehört rohes, gekochtes oder tiefgekühltes Gemüse sowie Gemüse aus der Dose.*

- ₁ Nie während der letzten Woche
- ₂ 1 - 2-mal pro Woche
- ₃ 3 - 6-mal pro Woche
- ₄ 1-mal pro Tag
- ₅ 2-mal pro Tag
- ₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

5. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion (1 Teller) **Gemüsesuppe** gegessen? *Dazu gehören Tomatensuppe, Fleischsuppe mit Gemüse, Minestrone oder andere Suppen mit Gemüse.*

- ₁ Nie während der letzten Woche
- ₂ 1 - 2-mal pro Woche
- ₃ 3 - 6-mal pro Woche
- ₄ 1-mal pro Tag
- ₅ 2-mal pro Tag
- ₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

6. Wie oft haben Sie während der letzten Woche eine Portion (1/2 Tasse) **Tomatensauce** gegessen? *Dazu gehört Tomatensauce an Teigwaren, auf einer Pizza oder an anderen Gerichten.*

- ₁ Nie während der letzten Woche
- ₂ 1 - 2-mal pro Woche
- ₃ 3 - 6-mal pro Woche
- ₄ 1-mal pro Tag
- ₅ 2-mal pro Tag
- ₆ 3-mal oder häufiger pro Tag

7. Beabsichtigen Sie, Ihren Konsum von Früchten und Gemüse zu steigern?

- ₁ Nein, ich beabsichtige nicht, meinen Konsum von Früchten und Gemüse zu steigern
- ₂ Ja, ich nehme mir vor, meinen Konsum von Früchten und Gemüse in den nächsten 6 Monaten zu steigern
- ₃ Ja, ich will meinen Konsum von Früchten und Gemüse im nächsten Monat steigern

Im Folgenden geht es um allgemeine Fragen zum Thema Ernährung.

8. Kennen Sie die Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung?

- ₁ Nein
- ₂ Ja

9. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder mit einer Ernährungsfachperson über Ihre Ernährung gesprochen?

- ₁ Nein
- ₂ Ja

10. Haben Sie während den vergangenen 3 Monaten wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

- ₁ Nein
₂ Ja

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Konsum von **fettreichen Lebensmitteln**.
Kreuzen Sie eine Antwort für jede Lebensmittelgruppe an.

Wie oft etwa essen Sie von diesen Lebensmitteln?	Nie oder seltener als 1-mal pro MONAT	1 - 3-mal pro MONAT	1 - 2-mal pro WOCHE	3 - 4-mal pro WOCHE	5-mal oder häufiger pro WOCHE
11. Fettreiche, durchzogene Fleischstücke (z.B. Bruststück vom Rind, Braten oder Schnitzel vom Schweinehals, Kalbsbrustschnitten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Gebratenes Poulet mit Haut, panierte Schnitzel, Cordon bleu, panierten und frittierten Fisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Hackfleisch, Hackbraten, Hamburger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Cervelat, Wienerli, Bratwurst, Schübli, Fleischkäse, Aufschnitt, Leberpastete, Speck, Salami, Mortadella, Coppa, Streichwurst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Vollfetter Käse oder Schmelzkäse, Fondue, Raclette, Doppelrahmkäse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Vollmilch, Kaffeerahm, Rahm, Sauerrahm, Crème fraîche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Normale Margarine, Butter, Kräuterbutter, Mayonnaise, Rahmsauce, Béchamelsauce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Salatsaucen auf Rahm- oder Mayonnaisebasis (zB. French Dressing)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. Pommes frites, Kroketten, Bratkartoffeln, Rösti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Pommes Chips, Knabbergebäck, Nüsse, Erdnüsse, Butterstängeli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. Schokolade, Pralinées, Guetzi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Rahmglace, Pâtisserie, Kuchen, Blätterteiggebäck, Berliner, Schenkeli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

23. Beabsichtigen Sie, den Konsum von fettreichen Produkten zu senken?

- ₁ Nein, ich beabsichtige nicht, meinen Konsum von fettreichen Produkten zu senken
₂ Ja, ich nehme mir vor, meinen Konsum von fettreichen Produkten in den nächsten 6 Monaten zu senken
₃ Ja, ich will meinen Konsum von fettreichen Produkten im nächsten Monat senken

Vorbeugung gegen Verletzungen

1. Schränken Sie gewisse Tätigkeiten ein, weil Sie Angst haben, hinzufallen?

- ₁ Nein
₂ Ja

2a. Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate jemals gestürzt?

- ₁ Nein → *Fahren Sie bei Frage 3 auf dieser Seite fort*
₂ Ja ↓

2b. Wie oft?

- ₁ Einmalig
₂ Mehr als einmal

Bei den nächsten Fragen geht es um die **Sicherheit beim Velo oder Motorrad fahren.**

3a. Fahren Sie zur Zeit Velo oder Motorrad?

- ₁ Nein → *Fahren Sie bei Frage 4 auf dieser Seite fort*
₂ Ja ↓

3b. Wie oft tragen Sie einen Helm, wenn Sie Velo oder Motorrad fahren?

- ₁ Immer
₂ Fast immer
₃ Manchmal
₄ Selten
₅ Nie

In den folgenden Fragen geht es um die **Sicherheit beim Auto fahren.**

4. Wie oft verwenden Sie die Sicherheitsgurte, wenn Sie ein Auto fahren oder mitfahren?

- ₁ Immer
₂ Fast immer
₃ Manchmal
₄ Selten
₅ Nie

5. Wie oft fahren Sie mit einem Auto oder Motorrad, wenn der Fahrer (*Sie eingeschlossen*), 2 Gläser oder mehr Alkohol getrunken hat?

- ₁ Nie
₂ Weniger als 1 mal pro Jahr
₃ Weniger als 1 mal pro Monat, aber mindestens 1 mal pro Jahr
₄ Weniger als 1 mal pro Woche, aber mindestens 1 mal pro Monat
₅ Ein- oder zweimal pro Woche
₆ Dreimal oder öfter pro Woche
₇ Täglich

Gesundheitsvorsorge

Bei den folgenden Fragen geht es um Massnahmen der Gesundheitsvorsorge, die zum Teil bei älteren Personen durchgeführt werden sollten.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit Nein oder Ja.

Sind folgende Massnahmen bei Ihnen vorgenommen worden?		Nein	Ja
1.	Blutdruckmessung <u>innerhalb der vergangenen 12 Monate</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2.	Bestimmung des Blutzuckers <u>innerhalb der vergangenen 3 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3.	Cholesterinmessung <u>innerhalb der letzten 5 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4.	Augenkontrolle bei einem Augenarzt/einer Augenärztin <u>innerhalb der vergangenen 12 Monate</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	Hörprüfung <u>innerhalb der vergangenen 12 Monate</u> (z.B. Flüsteretest oder Test, bei dem Sie verschiedene Töne hören sollten)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6.	Zahnkontrolle bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin <u>innerhalb der vergangenen 12 Monate</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	Impfung gegen Grippe <u>innerhalb der vergangenen 12 Monate</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8.	Impfung gegen Lungenentzündung (<i>Pneumovax</i>)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.	Knochendichtemessung zur Osteoporosevorsorge?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10.	Untersuchung auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge <u>innerhalb der letzten 12 Monate</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.	Darmspiegelung <u>innerhalb der letzten 10 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Nur für Frauen:			
12.	Mammographie (<i>Röntgen der Brust</i>) <u>innerhalb der letzten 2 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
13.	Vaginal-Abstrich zur Krebsvorsorge <u>innerhalb der letzten 3 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Nur für Männer:			
14.	Tastuntersuchung der Prostata <u>innerhalb der letzten 2 Jahre</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Medizinische oder pflegerische Leistungen

1. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten in einem Spital **stationär** (*mehr als 24 Stunden*) behandelt worden?
- ₁ nie
₂ 1-mal
₃ 2 oder 3-mal
₄ mehr als 3-mal
2. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten **zur ambulanten Behandlung** (*weniger als 24 Stunden*) im Spital gewesen (*z.B. in einer Poliklinik oder Tagesklinik*)?
- ₁ nie
₂ 1-mal
₃ 2 oder 3-mal
₄ mehr als 3-mal
3. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem persönlichen Hausarzt/Ihrer persönlicher Hausärztin in der Sprechstunde gewesen?
- ₁ habe keinen Hausarzt/keine Hausärztin
₂ nie
₃ 1-mal
₄ 2 oder 3-mal
₅ 4 - 6-mal
₆ mehr als 6-mal
4. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin gewesen (*z.B. bei Notfallarzt/ärztin, Augenarzt/ärztin, Ohrenarzt/ärztin oder anderen Spezialisten/innen*)?
- ₁ nie
₂ 1-mal
₃ 2 oder 3-mal
₄ 4 - 6-mal
₅ mehr als 6-mal
- 5a. Haben Sie in den letzten 12 Monaten **für sich selber** SPITEX-Dienst gebraucht (*z.B. eine Gemeindeschwester, eine Hauspflegerin, eine Haushalt- oder Betagtenhilfe oder den Mahlzeiten- oder Fahrdienst*)?
- ₁ Nein → **Fahren Sie bei Frage 6 auf dieser Seite fort**
₂ Ja ↓
- 5b. Ist der SPITEX-Dienst vorübergehend oder regelmässig gewesen?
- ₁ vorübergehend
₂ regelmässig
6. Haben Sie eine Patientenverfügung?
- ₁ Nein
₂ Ja

Persönliche Angaben

1. Wo wurden Sie geboren?
- ₁ In der Schweiz ₂ In einem anderen Land
2. Welches ist Ihre Muttersprache?
- ₁ Deutsch ₅ Serbisch und Kroatisch ₉ Englisch
₂ Französisch ₆ Albanisch ₁₀ Türkisch
₃ Italienisch ₇ Portugiesisch ₁₁ Andere
₄ Rätoromanisch ₈ Spanisch
3. Welches ist Ihre momentane Wohnsituation? Leben Sie ...
- ₁ Alleine
₂ Mit festem Partner (*Ehepartner/in, Lebenspartner/in*) in einem Haushalt
₃ Mit einer anderen Person/anderen Personen (*z.B. Familienangehörige*) in einem Haushalt
4. Welches ist Ihre gegenwärtige Wohnform? Leben Sie gegenwärtig ...
- ₁ In einer Wohnung / in einem Haus
₂ In einer betreuten Wohnform (*z.B. Alterssiedlung*)
₃ In einem Alters-/Pflegeheim
5. Welches ist die höchste Ausbildungsstufe, die Sie abgeschlossen haben?
- ₁ Universität, Hochschule
₂ Höhere Berufsausbildung (*z.B. Meisterdiplom, Fachhochschule, Seminar*)
₃ Mindestens 3jährige Lehre/Berufsschule
₄ Mindestens 1-2jährige Lehre/Berufsschule
₅ Keine Ausbildung nach der Schule
6. Welche Beschreibung trifft für Ihre berufliche Tätigkeit, die Sie in Ihrem Leben **vorwiegend ausgeübt** haben, zu?
- Wählen Sie die Antwort, welche für Sie am ehesten zutrifft.**
- ₁ Angestellt mit Leitungsfunktion
₂ Angestellt ohne Leitungsfunktion
₃ Selbständig
₄ Hausfrau/ Hausmann

Ihre Meinung zum Fragebogen

Diese abschliessende Beurteilung ermittelt Ihre Erfahrungen mit diesem ausgefüllten Fragebogen. Ihre ehrlichen Einschätzungen helfen uns, diesen Fragebogen für den späteren Einsatz bei anderen Personen zu verbessern.

1. Wie schwer war es für Sie, die Fragen und Anweisungen in diesem Fragebogen **zu verstehen**?

₁ Sehr schwer
₂ Schwer

₃ Einfach
₄ Sehr einfach

2. Haben Ihnen einzelne Bereiche oder Fragen in dem Fragebogen **missfallen**?

₁ Nein
₂ Ja

Wenn Ja: Um welche Bereiche oder Fragen handelt es sich hierbei?

3. Haben Sie spezielle Themenbereiche in diesem Fragebogen **vermisst**, die Ihrer Meinung nach über diesen Fragebogen abgedeckt sein sollten?

₁ Nein
₂ Ja

Wenn Ja: Um welche Bereiche oder Fragen handelt es sich hierbei?

4. Waren einzelne Fragen in diesem Fragebogen **unklar oder unverständlich**?

₁ Nein
₂ Ja

Wenn Ja: Um welche Fragen handelt es sich hierbei?

Nehmen Sie sich bitte noch etwas Zeit, um zurück zu blättern und sich zu vergewissern, dass Sie keine Seiten oder Fragen übersehen haben.

Datum der Beantwortung des Fragebogens:

Tag

Monat

Jahr

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!



Wir bitten Sie, diesen Fragebogen mit beiliegendem Rückantwortcouvert zurück zu senden.

Dieser Fragebogen wurde von der Geriatrie Universität Bern (Forschungsfonds Geriatrie am Spital Netz Bern, Ziegler, Morillonstrasse 75, CH-3001 Bern) entwickelt. Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt und darf weder als Ganzes noch teilweise ohne vorgängige schriftliche Einwilligung der Urheberrechtsberechtigten verwendet werden.