

# FRAGEBOGEN ZUR GERIATRISCHEN EVALUATION

Name und Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

1. Im Bedarfsfall, könnte sich jemand um Sie kümmern? Ja    Nein
2. Fühlen Sie sich meistens traurig? Ja    Nein
3. Haben Sie das Interesse an bisher beliebten Sachen verloren? (Freizeit, Essen, Sexualität, Aktivitäten mit Freunden und Familie)? Ja    Nein

4. Auf einer Skala von 1 bis 10, wie schätzen Sie Ihre aktuelle Lebensqualität ein:  
 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 (Am Schlimmsten) (Am Besten)

5. Auf einer Skala von 1 bis 10, wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein:  
 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 (Schlecht) (Mässig) (Gut) (Hervorragend)

6. Alltagsaktivitäten :

Können Sie sich selbst komplett anziehen?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Können Sie sich selbst ernähren?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Brauchen Sie einen Stock, einen Rollator oder einen Rollstuhl?	Ja	Ja, manchmal	Nein
Brauchen Sie Hilfe zum Aufstehen (aus dem Bett oder einem Sessel)	Ja	Ja, manchmal	Nein
Verlieren Sie manchmal unbewusst Urin?	Ja	Ja, manchmal	Nein
Brauchen Sie Hilfe für die Dusche oder das Bad?	Ja	Ja, manchmal	Nein
Während dem letzten Jahr, sind Sie über etwas gestolpert, oder sind Sie gefallen?	Ja		Nein
Können Sie ein Auto fahren?	Ja	Nie ein Auto gefahren	Nein
Können Sie Ihre eigenen Mahlzeiten vorbereiten?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Können Sie selbst einkaufen ?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Können Sie sich selbst um Ihre Finanzen kümmern	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Können Sie selbst telefonieren ?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein
Denken Sie daran, Ihre Medikamente einzunehmen?	Ja	Ja, mit Hilfe	Nein

7. Haben Sie mehr als 2-3 Kilos in den letzten 6 Monaten verloren, ohne ein Diät zu machen? Ja    Nein
8. Haben Sie in den letzten 3 Monaten den Appetit verloren? Ja    Nein
9. Gibt es neu Nahrungsmittel, die Sie nicht mehr essen können? Ja    Nein
10. Haben Sie finanzielle Probleme bezüglich Ihrer Gesundheit? Ja    Nein
11. Schlafen Sie gut ? Ja    Nein

# FRAGEBOGEN ZUR GERIATRISCHEN EVALUATION

\*\*\* Ich werde Ihnen 3 Wörter nennen. Hören Sie zuerst zu und versuchen Sie sich diese Wörter zu merken; in einigen Minuten werde ich Sie bitten, sich wieder an diese Wörter zu erinnern.

BLEISTIFT-UHR-TELEFON

12. Bitte buchstabieren Sie das Wort « PREIS » rückwärts 5  
Punkte :\_\_

13. Was ist das heutige Datum und Wochentag?  
Tag :\_\_ Monat :\_\_ Jahr :\_\_ Wochentag :\_\_ 4 Pkte :\_\_

14. Welches sind die 3 Wörter die Sie sich merken sollten?  
1.\_\_\_ 2.\_\_\_ 3.\_\_\_ 3 Pkte :\_\_

\_\_\_/12 Pkte

15. Wie viele Medikamente nehmen Sie ein? Inklusiv Vitamine und pflanzliche  
Medikamente \_\_\_\_\_

Datum :

Unterschrift Arzt/Pflege :