

Beurteilung durch Jugendliche (Patienten ab 13 Jahre)

Patient: _____
(Bitte hier den Patientennamen eintragen)

(Tag)	(Monat)	(Jahr)		

In den folgenden Fragen geht es darum, wie es dir mit deiner Krankheit im Augenblick ergeht. **Bitte versuche, jede Frage zu beantworten.**

Wie stark warst du in den vergangenen 7 Tagen bei der Erledigung deiner täglichen Aufgaben eingeschränkt?

Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn du z.B. Deine alltäglichen Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen konntest, kreuze bitte das Kästchen [0] an. Wenn du diese Tätigkeiten gar nicht oder nur mit fremder Hilfe ausführen konntest, kreuze [10] an. Sonst kreuze eine Zahl dazwischen an. Bitte entscheide dich für eine Zahl.

Ich war in den vergangenen 7 Tagen

nicht eingeschränkt	<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	maximal eingeschränkt
---------------------	---	-----------------------

Wie würdest du die Stärke deiner Schmerzen einschätzen?

Ich hatte in den vergangenen 7 Tagen

keine Schmerzen	<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	unerträgliche Schmerzen
-----------------	---	-------------------------

Wie beurteilst du im großen und ganzen deinen derzeitigen Gesundheitszustand?

sehr gut	<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	sehr schlecht
----------	---	---------------

Kreuze bitte bei den folgenden Fragen jeweils nur die Antwort an, die am besten deine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
1. Anziehen und Körperpflege				
Kannst du allein:				
• dich anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Socken an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aufstehen				
Kannst du:				
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Essen				
Kannst du allein:				
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Laufen				
Kannst du allein:				
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fünf Stufen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Körperpflege				
Kannst du allein:				
• dich am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Toilette benutzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
6. Reichweite				
Kannst du:				
• einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Greifen				
Kannst du:				
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autotüren öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitäten				
Kannst du:				
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, staubsaugen, bei der Gartenarbeit helfen, dein Bett machen, dein Zimmer aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• rennen und spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuze alle Hilfsmittel an, die du gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:				
<input type="checkbox"/> Ich benötige keine Hilfsmittel				
Ich benötige für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:				
1. Ankleiden und Körperpflege:	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöffel			
2. Aufstehen:	<input type="checkbox"/> Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl			
3. Essen und Trinken:	<input type="checkbox"/> besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z.B. besonderes Besteck			
4. Gehen:	<input type="checkbox"/> Gehstützen			
	<input type="checkbox"/> Therapiefahrrad			
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl			
5. Hygiene:	<input type="checkbox"/> erhöhten Toilettensitz			
	<input type="checkbox"/> Badewannensitz			
	<input type="checkbox"/> Haltegriff an der Badewannenstange			
6. Erreichen von Gegenständen:	<input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände			
7. Greifen:	<input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen im Badezimmer			
	<input type="checkbox"/> Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)			
	<input type="checkbox"/> Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte			
Bitte kreuze die Bereiche an, in denen du aufgrund deiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigst:				
<input type="checkbox"/> Ich brauche keine fremde Hilfe				
Ich benötige Hilfe in folgenden Bereichen:				
<input type="checkbox"/> Ankleiden, Körperpflege	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Greifen		
<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Hygiene	<input type="checkbox"/> Besorgungen und häusliche Aufgaben		
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen			

Vielen Dank für Deine Mitarbeit ☺.