

# HAQ HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

zu Visite Nr. \_\_\_\_\_

SEITE 1 VON 2

Datum: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Nachfolgend sind einige Probleme aufgelistet, die Sie vielleicht auch aus dem täglichen Leben kennen. Schauen Sie sich bitte in Ruhe alle Punkte an und kreuzen Sie dann die für Sie zutreffende Antwort an.

Beantworten Sie bitte jede Frage. Bitte kreuzen Sie diejenige Antwort an, die am besten Ihre üblichen Fähigkeiten der letzten Woche beschreibt.

Für die Beantwortung der Fragen ist es nicht von Bedeutung, ob Sie die genannten Aktivitäten tatsächlich ausführen, sondern ob Sie fähig wären, sie auszuführen.

## Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Sind Sie in der Lage:	OHNE Schwierigkeiten	Mit ETWAS Schwierigkeiten	Mit GROSSEN Schwierigkeiten	Unmöglich
-----------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------

### 1. Anziehen und Körperpflege

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. sich anzukleiden, einschließlich dem Binden von Schnürsenkeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ihre Haare zu waschen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. Aufrichten

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. von einem Stuhl ohne Armlehnen aufzustehen?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. sich ins Bett zu legen und wieder aufzustehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Essen

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Fleisch zu schneiden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ein volles Glas zum Mund zu heben?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. eine neue Milchtüte (oder einen neuen Waschpulverkarton) zu öffnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4. Gehen

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. auf ebenem Grund spazieren zu gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. fünf Treppenstufen zu steigen?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie die HILFSGERÄTE an, die Sie üblicherweise zur Verrichtung irgendeiner dieser Tätigkeiten benutzen:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Stock     | <input type="checkbox"/> 5. Hilfsgeräte zum Anziehen (Knopfhaken, Reißverschlusshilfe, verlängerter Schuhöffel, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Gehhilfe  | <input type="checkbox"/> 6. Orthopädische oder spezielle Geräte   |
| <input type="checkbox"/> 3. Krücken   | <input type="checkbox"/> 7. Spezialstuhl oder orthopädischer Stuhl  |
| <input type="checkbox"/> 4. Rollstuhl | <input type="checkbox"/> 8. Andere (bitte eintragen: _____)   |

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Sie normalerweise die HILFE ANDERER PERSONEN BENÖTIGEN:

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 9. Ankleiden   | <input type="checkbox"/> 11. Essen |
| <input type="checkbox"/> 10. Aufrichten | <input type="checkbox"/> 12. Gehen |

# HAQ HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

zu Visite Nr. \_\_\_\_\_

SEITE 2 VON 2

Datum: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Sind Sie in der Lage:	OHNE Schwierigkeiten	Mit ETWAS Schwierigkeiten	Mit GROSSEN Schwierigkeiten	Unmöglich
-----------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------

## 5. Hygiene

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Ihren ganzen Körper zu waschen und abzutrocknen?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ein Bad zu nehmen?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. sich auf die Toilette zu setzen und wieder aufzustehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6. Erreichen (von Gegenständen)

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. einen 2 kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) in einem knapp über Ihrem Kopf befindlichen Regal zu greifen und herunterzuheben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. sich zu bücken, um Kleidungsstücke vom Boden aufzuheben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7. Greifen

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Autotüren zu öffnen?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Gläser zu öffnen, die schon vorher aufgemacht wurden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Wasserhähne auf- und zuzudrehen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8. Aktivitäten

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Besorgungen zu machen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ins Auto zu steigen und auszustiegen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hausarbeiten zu machen, wie z. B. Staubsaugen, leichte Haus- oder Gartenarbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bitte kreuzen Sie die HILFSGERÄTE an, die Sie üblicherweise zur Verrichtung irgendeiner dieser Tätigkeiten benutzen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 13. erhöhter Toilettensitz   | <input type="checkbox"/> 16. Geländer an der Badewanne                          |
| <input type="checkbox"/> 14. Sitz für die Badewanne   | <input type="checkbox"/> 17. Langstielige Geräte zum Erreichen von Gegenständen |
| <input type="checkbox"/> 15. Geräte zum Öffnen von (Konserven-) Gläsern (die vorher schon geöffnet waren) | <input type="checkbox"/> 18. Andere (bitte eintragen: _____)                    |

**Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Sie normalerweise die HILFE ANDERER PERSONEN BENÖTIGEN:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 19. Hygiene                    | <input type="checkbox"/> 21. Greifen und Öffnen           |
| <input type="checkbox"/> 20. Erreichen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> 22. Besorgungen und Hausarbeiten |

**Wir danken Ihnen vielmals für das Ausfüllen des Fragebogens!**