

## Patientenfragebogen HAQ

Datum: .....

Name/Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität Ihrer Krankheit. Sie sind für die medizinische Betreuung sehr wichtig.

**Bitte kreuzen Sie jene Antworten an, die am besten Ihre Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt:**

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit grossen Schwierigkeiten	unmöglich
<b>Ankleiden und Körperpflege</b>				
Können Sie:				
sich selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Haare waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aufstehen</b>				
Können Sie:				
Von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ins Bett gehen und aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Essen</b>				
Können Sie:				
Das Fleisch mit dem Messer schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein gefülltes Glas zum Mund führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen Milchkarton (Tetrapack) von Hand öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gehen</b>				
Können Sie:				
Auf ebener Strasse gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bitte kreuzen Sie die Hilfsmittel an, die Sie gewöhnlich für diese Tätigkeiten benutzen:**

<input type="radio"/>	Gehstock	<input type="radio"/>	Hilfsmittel zum Ankleiden (langer Schuhlöffel, Knöpfer, Strumpfanzieher usw.)
<input type="radio"/>	Krücken	<input type="radio"/>	Spezialstuhl
<input type="radio"/>	Rollstuhl	<input type="radio"/>	Andere

**Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich die Hilfe einer anderen Person benötigen:**

<input type="radio"/>	Ankleiden, Körperpflege	<input type="radio"/>	Essen
<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	Gehen

Bitte kreuzen Sie jene Antworten an, die am besten Ihre Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt:

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit grossen Schwierigkeiten	unmöglich
<b>Körperpflege</b> Können Sie:				
Sich ganz waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Vollbad nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf die Toilette gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Heben</b> Können Sie:				
Einen 2kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Fussboden aufzuheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Greifen und Öffnen</b> Können Sie:				
Eine Autotüre öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Konfiturerglas öffnen, welches schon einmal offen ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen Wasserhahn auf- und zudrehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Andere Tätigkeiten</b> Können Sie:				
Einkaufen gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haushaltarbeiten (z.B. Staubsaugen) oder Gartenarbeiten verrichten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie die Hilfsmittel an, die Sie gewöhnlich für diese Tätigkeiten benutzen:

<input type="radio"/>	Toiletten-Sitzerhöhung	<input type="radio"/>	Sitz für Badewanne
<input type="radio"/>	Schraubdeckelöffner	<input type="radio"/>	Hilfsmittel zum Greifen (z.B. Greifzange, Schlüsselgriffe)

Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich die Hilfe einer anderen Person benötigen:

<input type="radio"/>	Körperpflege	<input type="radio"/>	Greifen und Öffnen
<input type="radio"/>	Heben	<input type="radio"/>	Einkaufen oder Haushaltarbeiten