

Name: Vorname:	Geburtsdatum	Falkensee, den
-------------------	--------------	----------------

Check Up 70

Teil 1: Fragebogen

Stammdaten:	
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?	<input type="text"/>
Haben Sie einen Grad der Behinderung? Wenn ja, welchen?	<input type="text"/>

Bitte kreuzen in in den folgenden Absätzen jeweils die Zeile an, die Sie am besten beschreibt:

Essen
<input type="radio"/> Unfähig, allein zu Essen
<input type="radio"/> Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe
Baden
<input type="radio"/> Abhängig von fremder Hilfe
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe
Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)
<input type="radio"/> Abhängig von fremder Hilfe
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe
An- und Auskleiden (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)
<input type="radio"/> Unfähig, sich allein an- und auszuziehen
<input type="radio"/> Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe
Stuhlkontrolle
<input type="radio"/> Inkontinent
<input type="radio"/> Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)
<input type="radio"/> Ständig kontinent
Urinkontrolle
<input type="radio"/> Inkontinent
<input type="radio"/> Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)
<input type="radio"/> Ständig kontinent
Toilettenbenutzung
<input type="radio"/> Abhängig von fremder Hilfe
<input type="radio"/> Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe

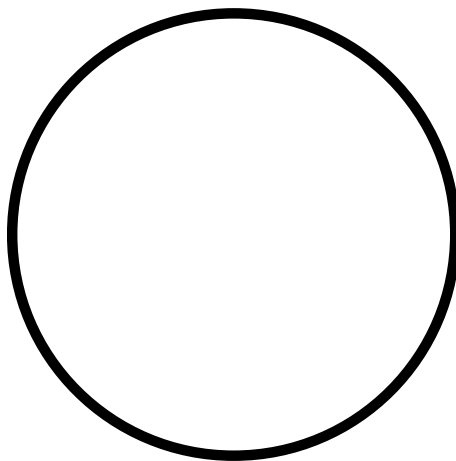
weiter auf Seite 2

Bett- bzw. Stuhltransfer
<input type="radio"/> Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance
<input type="radio"/> Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbständig
<input type="radio"/> Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich
<input type="radio"/> Selbständig, benötigt keine Hilfe
Mobilität
<input type="radio"/> Immobil bzw. Strecke < 50 m
<input type="radio"/> Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m
<input type="radio"/> Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m
<input type="radio"/> Selbständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m
Treppensteigen
<input type="radio"/> Unfähig, allein Treppen zu steigen
<input type="radio"/> Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
<input type="radio"/> Selbständiges Treppensteigen möglich

Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe !

Der 2. und 3. Teil des Check Up 70 wird im Untersuchungszimmer durchgeführt. Hier brauchen Sie nichts vorbereiten.

Teil 2: Uhren-Test



(bitte zeichnen Sie die Ziffern einer Uhr in den Kreis ein)

Teil 3: Tandem-Test

Test	Dauer
Tandem-Test	
Ggfs. Semi-Tandem-Test (wenn Tandem-Test nicht durchführbar)	