

## Datenerhebungsbogen 2017

### Einschlusskriterium:

Das Einschlusskriterium für das AltersTraumaRegister DGU® umfasst all jene Patienten, welche ein Alter von 70 Jahren oder älter erreicht haben, eine Fraktur des coxalen Femurs einschließlich periprothetischer Frakturen und periimplantärer Frakturen aufweisen und aufgrund dessen operiert wurden.

<b>Aufnahme</b> Pseudonymisierte ID: _____		Klinikinterne Patienten-ID: _____																						
<b>Aufnahme in die Unfallchirurgie:</b> Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____ Uhr		<b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbekannt																						
<b>Alter bei Aufnahme:</b> (In Verbindung mit dem Aufnahmezeitpunkt in die Unfallchirurgie wird das Alter des Patienten vom System errechnet)  Geburtsdatum bekannt _____  <b>Geburtsdatum unbekannt:</b> Geschätztes Alter _____ Jahre		<b>Geriatrisches Screening:</b> Wurde ein geriatrisches Screening durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Wenn <b>ja</b> , welcher Test wurde verwendet: _____ Ist der Patient laut dieses Tests ein geriatrischer Patient? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt																						
<b>Wohnsituation vor Frakturereignis:</b> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen <input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer) <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Sonstiges: _____		<b>ISAR-Test</b> (Identification of seniors at risk) <input type="radio"/> ISAR-Test vom Pat. komplett oder teilweise verweigert  <table border="0"> <tr> <td><u>Fragen zum ISAR-Test</u></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>		<u>Fragen zum ISAR-Test</u>	ja	nein	Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Fragen zum ISAR-Test</u>	ja	nein																						
Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
<b>Pflegebedürftigkeit</b> (nur für Deutschland): Liegt eine Einteilung in eine Pflegestufe / Pflegegrad vor?  <table border="0"> <tr> <td><b>Pflegestufe</b></td> <td><b>Pflegegrad</b></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> unbekannt</td> <td><input type="radio"/> unbekannt</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> nein</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Stufe 1</td> <td><input type="radio"/> Grad 1</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Stufe 2</td> <td><input type="radio"/> Grad 2</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Stufe 3</td> <td><input type="radio"/> Grad 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Grad 4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Grad 5</td> </tr> </table>		<b>Pflegestufe</b>	<b>Pflegegrad</b>	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Stufe 1	<input type="radio"/> Grad 1	<input type="radio"/> Stufe 2	<input type="radio"/> Grad 2	<input type="radio"/> Stufe 3	<input type="radio"/> Grad 3		<input type="radio"/> Grad 4		<input type="radio"/> Grad 5							
<b>Pflegestufe</b>	<b>Pflegegrad</b>																							
<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt																							
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein																							
<input type="radio"/> Stufe 1	<input type="radio"/> Grad 1																							
<input type="radio"/> Stufe 2	<input type="radio"/> Grad 2																							
<input type="radio"/> Stufe 3	<input type="radio"/> Grad 3																							
	<input type="radio"/> Grad 4																							
	<input type="radio"/> Grad 5																							
<b>Antikoagulation bei Aufnahme:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt  <u>Falls ja, bitte spezifizieren</u> <input type="checkbox"/> Vitamin-K-Antagonist <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure <input type="checkbox"/> andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel) <input type="checkbox"/> direkte Thrombininhibitoren (z.B. Dabigatran)  <u>Sonstige:</u> <input type="checkbox"/> direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (z.B. Rivaroxaban, Apixaban) <input type="checkbox"/> Heparin, Heparinoid (z.B. Fondaparinux) <input type="checkbox"/> andere: _____		<b>Osteoporosetherapie vor Frakturereignis:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt  <u>Falls ja, bitte spezifizieren</u> <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation																						
		<b>Gefähigkeit vor Frakturereignis:</b> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> selbständige Gefähigkeit ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze <input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator <input type="radio"/> gewisse Gefähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson <input type="radio"/> keine funktionale Gefähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)																						

## Datenerhebungsbogen 2017

Prä-OP	Pseudonymisierte ID: _____	Klinikinterne Patienten-ID: _____
<p><b>ASA-Klassifikation:</b></p> <p><input type="radio"/> 0 unbekannt</p> <p><input type="radio"/> 1 Normaler, gesunder Patient</p> <p><input type="radio"/> 2 Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p><input type="radio"/> 3 Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p><input type="radio"/> 4 Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist.</p> <p><input type="radio"/> 5 moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird</p>	<p><b>Frakturtyp:</b></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> medial / intrakapsulär (laterale/mediocervicale Frakturen sind als pertrochantäre Frakturen zu werten)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Garden I, II (nicht disloziert)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Garden III, IV (disloziert)</p> <p><input type="radio"/> pertrochantär AO 31</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A1</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A2</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A3</p> <p><input type="radio"/> rein subtrochantär</p> <p><input type="radio"/> periprothetische Fraktur</p> <p><input type="radio"/> periimplantäre Fraktur</p> <p><input type="radio"/> andere: _____</p>	
<p><b>Zusätzliche behandlungsbedürftige Verletzungen:</b></p> <p><input type="radio"/> ja                    <input type="radio"/> nein                    <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren</u></p> <p><input type="checkbox"/> höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> andere/weitere: _____</p> <p><b>Fraktur und/oder Luxation von:</b></p> <p><input type="checkbox"/> oberer Extremität (ipsilateral)</p> <p><input type="checkbox"/> oberer Extremität (kontralateral)</p> <p><input type="checkbox"/> unterer Extremität (ipsilateral)</p> <p><input type="checkbox"/> unterer Extremität (kontralateral)</p> <p><input type="checkbox"/> Becken</p>	<p><b>Pathologische Fraktur:</b></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> malignom</p> <p><input type="radio"/> atypisch</p>	

OP	
<p><b>OP Datum &amp; Schnittzeit:</b></p> <p>Datum _____._____.20_____</p> <p>Uhrzeit ____:____ Uhr</p>	<p><b>Operationsverfahren:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schrauben (ohne dynamische Hüftschraube)</p> <p><input type="checkbox"/> Dynamische Hüftschraube</p> <p><input type="checkbox"/> Marknagel</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> geschlossen</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> offen ohne Cerclage</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> offen mit Cerclage</p> <p><input type="checkbox"/> Duokopf-Prothese / Bipolar-Prothese</p> <p><input type="checkbox"/> Total-Endoprothese</p> <p><input type="checkbox"/> anderes Operationsverfahren: _____</p>
<p><b>Narkoseform:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vollnarkose</p> <p><input type="checkbox"/> Spinalanästhesie</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p>	<p><b>Bei periprothetischer / periimplantäre Fraktur:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Implantatwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese (zusätzliche)</p>
<p><b>Der Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D ist an den unten genannten Tagen auszufüllen:</b> (siehe Seite 5 und 6, vom Patienten oder mit Hilfe Dritter auszufüllen)</p> <p>Tag 7 Post-OP ist der _____._____.20_____</p> <p>Tag 120 Post-OP ist der _____._____.20_____ (bitte berechnen)</p>	

## Datenerhebungsbogen 2017

1. Post-OP Woche Pseudonymisierte ID: _____		Klinikinterne Patienten-ID: _____		
<p><b>Mobilisation am 1. post-OP-Tag:</b>            Vollbelastung der Fraktur erlaubt    <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein            Mobilisation wurde durchgeführt    <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein            (nur die Mobilisation aus dem Bett heraus)</p>	<p><b>Osteoporosetherapie bis 7. post-OP-Tag:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Vitamin D</b></p> <input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> empfohlen</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Spezifische Osteoporosemedikation</b></p> <input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> empfohlen</td> </tr> </table>		<p><b>Vitamin D</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen	<p><b>Spezifische Osteoporosemedikation</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen
<p><b>Vitamin D</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen	<p><b>Spezifische Osteoporosemedikation</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen			
<p><b>Dekubitus:</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: <input type="checkbox"/> dieser lag bereits bei Aufnahme vor	<p><b>Re-OP während Aufenthalt:</b>            (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)</p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, bitte spezifizieren: (nur relevanteste) Datum der Re-OP                    _____._____.20_____ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Reposition (nach Luxation)</li> <li><input type="checkbox"/> Spülung / Débridement</li> <li><input type="checkbox"/> Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</li> <li><input type="checkbox"/> Revision der Osteosynthese</li> <li><input type="checkbox"/> Konversion in Duokopfprothese</li> <li><input type="checkbox"/> Konversion in HTEP</li> <li><input type="checkbox"/> Girdlestone-OP</li> <li><input type="checkbox"/> Peri-Prothetische- / Peri-Implantat-Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges (lokal) _____</li> </ul>			
<p><b>Gehfähigkeit am 7. post-OP-Tag:</b></p> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> mit Unterarmgehstützen / Gehstock <input type="radio"/> mit Rollator <input type="radio"/> mit Gehbock <input type="radio"/> mit Gehwagen <input type="radio"/> nicht möglich	<p><b>Mitbehandlung durch Geriater und/oder Internist:</b>            (Angabe Datum &amp; Uhrzeit des Erstkontaktes)</p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: <input type="checkbox"/> <b>Geriater:</b> Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____ Uhr <input type="checkbox"/> <b>Internist:</b> Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____ Uhr			
<p><b>Patient verstorben in erster Post-OP-Woche?</b></p> <input type="radio"/> ja    Datum _____._____.20_____				

Entlassung / Verlegung	
<p><b>Entlassung aus dem Akutkrankenhaus:</b>            Datum _____._____.20_____</p> <p><b>Entlassen durch:</b></p> <input type="radio"/> Unfallchirurgie <input type="radio"/> Akutgeriatrie <input type="radio"/> andere Krankenhausabteilung <p><b>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während Aufenthalt durchgeführt?</b></p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	<p><b>Entlassen nach:</b></p> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen <input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer) <input type="radio"/> Geriatrische Rehabilitationsklinik <input type="radio"/> Akut-Geriatrie <input type="radio"/> AHB-Klinik <input type="radio"/> anderes Krankenhaus <input type="radio"/> Tod <p><b>Patienteneinwilligung:</b></p> <input type="checkbox"/> Einwilligung zur Durchführung des Follow-Up liegt vor

## Datenerhebungsbogen 2017

Follow-Up 120 Tage Post-OP Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____	
<p><b>Follow-Up-Daten erhoben am?</b></p> <p>Datum _____._____.20_____</p>	<p><b>Gefähigkeit nach Fraktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> unbekannt</li> <li><input type="radio"/> selbständige Gefähigkeit ohne Hilfsmittel</li> <li><input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze</li> <li><input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator</li> <li><input type="radio"/> gewisse Gefähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson</li> <li><input type="radio"/> keine funktionale Gefähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)</li> </ul>
<p><b>Wiederaufnahme</b> (aufgrund identischer coxaler Femurfraktur)</p> <p><input type="radio"/> ja                    <input type="radio"/> nein                    <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p><b>Re-OP innerhalb 120 Tage post-OP:</b> (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)</p> <p><input type="radio"/> ja                    <input type="radio"/> nein                    <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u> (nur relevanteste nach Entlassung Akutkrankenhaus)</p> <p>Datum der Re-OP                    _____._____.20_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Reposition (nach Luxation)</li> <li><input type="checkbox"/> Spülung / Débridement</li> <li><input type="checkbox"/> Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</li> <li><input type="checkbox"/> Revision der Osteosynthese</li> <li><input type="checkbox"/> Konversion in Duokopfprothese</li> <li><input type="checkbox"/> Konversion in HTEP</li> <li><input type="checkbox"/> Girdlestone-OP</li> <li><input type="checkbox"/> Peri-Prothetische- / Peri-Implantat-Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges (lokal) _____</li> </ul>
<p><b>Aufenthaltsort nach 120 Tagen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> unbekannt</li> <li><input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen</li> <li><input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer)</li> <li><input type="radio"/> Geriatriische Rehabilitationsklinik</li> <li><input type="radio"/> AHB-Klinik</li> <li><input type="radio"/> Akutgeriatrie</li> <li><input type="radio"/> Unfallchirurgie</li> <li><input type="radio"/> andere Krankenhausabteilung</li> <li><input type="radio"/> Tod                    Datum: _____._____.20_____</li> <li><input type="radio"/> Datum unbekannt</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges: _____</li> </ul>	
<p><b>Osteoporosetherapie an Tag 120 Post-OP?</b></p> <p><input type="radio"/> ja                    <input type="radio"/> nein                    <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vitamin D</li> <li><input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation</li> </ul>	

### Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D für den Tag 7 Post-OP

Pseudonymisierte ID: \_\_\_\_\_ Klinikinterne Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

#### Ausfüllen des Bogens

- Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- Fremdeinschätzung
- unbekannt

#### Beweglichkeit oder Mobilität

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme herumzugehen
- Ich habe **einige** Probleme herumzugehen
- Ich bin **an das Bett gebunden**

#### Für sich selbst sorgen

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe **einige** Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

#### Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe **einige** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

#### Schmerzen oder körperliche Beschwerden

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe **mäßige** Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe **extreme** Schmerzen oder Beschwerden

#### Angst oder Niedergeschlagenheit

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich bin **nicht** ängstlich oder deprimiert
- Ich bin **mäßig** ängstlich oder deprimiert
- Ich bin **extrem** ängstlich oder deprimiert

## Datenerhebungsbogen 2017

### Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D für den Tag 120 Post-OP

Pseudonymisierte ID: \_\_\_\_\_ Klinikinterne Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

#### Ausfüllen des Bogens

- Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- Fremdeinschätzung
- unbekannt

#### Beweglichkeit oder Mobilität

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme herumzugehen
- Ich habe **einige** Probleme herumzugehen
- Ich bin **an das Bett gebunden**

#### Für sich selbst sorgen

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe **einige** Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

#### Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe **einige** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

#### Schmerzen oder körperliche Beschwerden

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich habe **keine** Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe **mäßige** Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe **extreme** Schmerzen oder Beschwerden

#### Angst oder Niedergeschlagenheit

- unbekannt oder nicht beantwortet oder nicht einschätzbar
- Ich bin **nicht** ängstlich oder deprimiert
- Ich bin **mäßig** ängstlich oder deprimiert
- Ich bin **extrem** ängstlich oder deprimiert