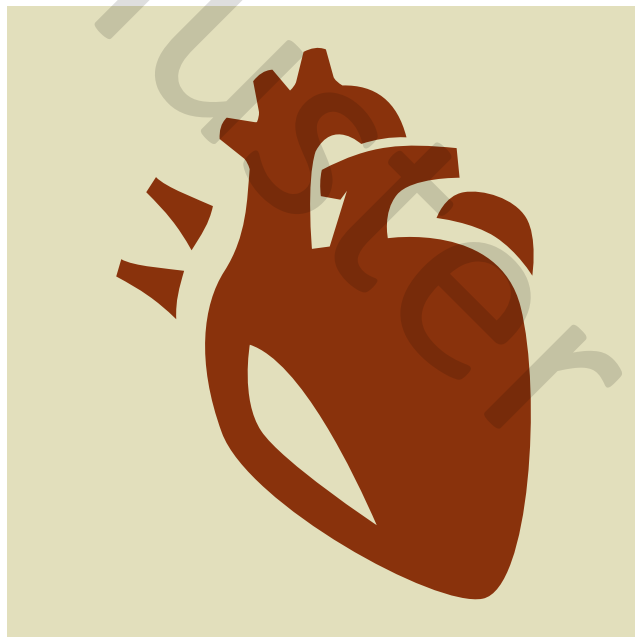


**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Herzkatheteruntersuchung,  
Stenteinlage bzw.  
Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

				<i>Weiß nicht mehr</i>
Immer	Meistens	Selten	Nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: +49 30 58 58 26 570

E-Mail: [patientenbefragung-pci@iqtig.org](mailto:patientenbefragung-pci@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Ihnen wurde ein Stent am Herzen eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon vorgenommen (Ballonerweiterung). Im Folgenden wird dies als *Eingriff* bezeichnet.

Möglicherweise wurde bei Ihnen auch nur eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Im Folgenden wird diese als *Untersuchung* bezeichnet.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich immer auf die Untersuchung bzw. den Eingriff, der im Anschreiben genannt ist.

1) Haben Sie für die Untersuchung bzw. den Eingriff im Krankenhaus übernachtet? Denken Sie bitte an die Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Nein, habe ich nicht .....

Ja, eine Nacht .....

Ja, zwei bis fünf Nächte .....

Ja, sechs Nächte oder mehr .....

*Weiß nicht mehr* .....

2) Es geht weiterhin um die Untersuchung bzw. den Eingriff, der im Anschreiben genannt wurde.

Waren Sie vor dieser Untersuchung bzw. diesem Eingriff schon einmal in einem Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 3**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 4**

*Bitte beantworten Sie Frage 3 nur, wenn Sie Frage 2 mit „Ja“ beantwortet haben.*

3) Wie häufig waren Sie vor dieser Untersuchung bzw. diesem Eingriff bereits im Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ich war vorher bereits   Mal im Herzkatheterlabor  
Anzahl

## Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal vor, während und nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff.

Beziehen Sie sich bei Ihren Antworten bitte nur auf das Pflege- und Assistenzpersonal der Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

- 4) Wenn Sie an das Pflege- und Assistenzpersonal denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Intimsphäre wurde gewahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandskontrolle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Bereitstellen von Getränken).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen hat.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmt haben?

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Nun geht es um die Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

Gemeint sind alle Ärztinnen und Ärzte, mit denen Sie dort wegen der Untersuchung bzw. des Eingriffs Kontakt hatten.

8) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.

Immer .....	<input type="checkbox"/>
Meistens .....	<input type="checkbox"/>
Selten .....	<input type="checkbox"/>
Nie .....	<input type="checkbox"/>
Habe ich nicht gebraucht .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

11) Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.

Immer .....	<input type="checkbox"/>
Meistens .....	<input type="checkbox"/>
Selten .....	<input type="checkbox"/>
Nie .....	<input type="checkbox"/>
Wollte ich nicht .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

12) In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre (z. B. bei der Visite).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Schmerzen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

Direkt nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff schließt sich die Phase der Nachbeobachtung an, in der z. B. bestimmte Kontrollen am Verband durchgeführt wurden oder Sie ruhen mussten. Um diese Zeit geht es nun.

14) Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben (z. B. Rücken-, Gliederschmerzen oder Schmerzen durch den Druckverband)?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht mehr* .....

15) Haben Sie Schmerzmittel erhalten (z. B. gegen Rücken- und Gliederschmerzen oder bei Schmerzen durch den Druckverband)?

- Ja .....
- Nein, ich hätte aber welche gebraucht. ....
- Nein, habe ich nicht gebraucht. ....
- Weiß nicht mehr* .....

## Informationen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

Nun geht es um die Informationen, die Sie nach Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff erhalten haben.

Gemeint ist weiterhin die Untersuchung bzw. der Eingriff, der im Anschreiben genannt ist. Bitte beziehen Sie sich auch hier nur auf die Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

16)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche (z. B. Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann (z. B. durch körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Reduktion bzw. Halten des Körpergewichts, Rauchentwöhnung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mich niedergeschlagen oder traurig fühle oder mich heftige Ängste plagen (z. B. an eine Ärztin oder einen Arzt, Selbsthilfegruppen oder eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff verhalten sollen (z. B. Hinweise zum Tragen von Lasten, Baden, Saunabesuche)?

Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Nein, ich erhielt keine Information. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

*Bitte beantworten Sie Frage 19 nur, wenn Sie Frage 18 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.*

19) Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

20)

⇒ Wenn Sie einen Stent eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon bekommen haben, gehen Sie bitte zu Frage 21.

⇒ Wenn bei Ihnen nur eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wurde, machen Sie bitte mit Frage 27 weiter.

## Medikamenteneinnahme wegen des Eingriffs

Bei den folgenden Fragen geht es um die Medikamente, die Sie aufgrund Ihres Eingriffs einnehmen müssen.

Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen wieder nur auf Informationen von Ärztinnen und Ärzten der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

*Bitte beantworten Sie Frage 21 nur, wenn Sie einen Stent eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon bekommen haben.*

21) Nehmen Sie seit dem Eingriff Medikamente wegen des Stents bzw. der Ballonerweiterung ein?

Hierzu gehören auch Medikamente, die Sie nur in bestimmten Situationen einnehmen sollen, z. B. Nitrospray.

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Weiß nicht mehr .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

*Bitte beantworten Sie Frage 22 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.*

22) Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... welche Medikamente ich nach dem Eingriff einnehmen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. zur Mahlzeit, zu einer bestimmten Tageszeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. ein Jahr, ein Leben lang).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 23 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.

23) Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss (z. B. wegen einer Operation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 24 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.

24) Sind Sie an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**
- Weiß nicht mehr .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Bitte beantworten Sie Frage 25 nur, wenn Sie Frage 24 mit „Ja“ beantwortet haben.

25) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Ja .....
- Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen. ....
- Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen. ....
- Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen. ....
- Weiß nicht mehr .....

Bitte beantworten Sie Frage 26 nur, wenn Sie Frage 24 mit „Ja“ beantwortet haben.

26) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja .....

Nein .....

Weiß nicht mehr .....

### Weiterer Behandlungsverlauf

27) Haben Sie seit der Untersuchung bzw. dem Eingriff an einer herzbedingten Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

Ja .....

Nein .....

Ist geplant .....

28) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt .....

Ja, geplant .....

Nein .....

Weiß nicht mehr .....

29) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Stenteinlage am Herzen durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt .....

Ja, geplant .....

Nein .....

Weiß nicht mehr .....

30) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt .....

Ja, geplant .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

31) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine andere Operation oder ein anderer Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt .....

Ja, geplant .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

### Beschwerden nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

32) Wo war die Einstichstelle, über die die Untersuchung bzw. der Eingriff durchgeführt wurde?

Arm .....

Leiste (Bein) .....

Arm und Leiste (Bein) .....

*Weiß nicht mehr* .....

33) Haben Sie heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Untersuchung bzw. des Eingriffs (Arm oder Leiste)?

Ja .....

Nein .....

## Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

34) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit), Durchblutungsstörungen in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun- genemphysem, COPD, Asthma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborener Herzfehler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja .....

Nein .....

36) Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate schon einmal wiederbelebt?

Ja .....

Nein .....

37) Haben Sie vor der Untersuchung bzw. dem Eingriff bereits einen oder mehrere Stents am Herzen erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

38) Wurde bei Ihnen vor der Untersuchung bzw. dem Eingriff bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

39) Wie groß sind Sie ungefähr?

Zentimeter

40) Wie viel wiegen Sie ungefähr?

*Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.*

Kilogramm

41) Benötigen Sie bei den nachfolgenden Tätigkeiten Hilfe von anderen Personen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Ich benötige Hilfe beim ...	Ja	Nein
... An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Waschen oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) Verwenden Sie Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um sich fortzubewegen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Außerhalb der Wohnung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der Wohnung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) Haben Sie einen Pflegegrad (früher: Pflegestufe)?

Ja, und zwar:

- Pflegegrad 1 .....
- Pflegegrad 2 .....
- Pflegegrad 3 .....
- Pflegegrad 4 .....
- Pflegegrad 5 .....
- Nein .....
- Nein, aber ich habe einen Pflegegrad beantragt. .
- Weiß nicht* .....



**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

44) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

45) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

46) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

Noch Schülerin/Schüler .....

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse .....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule .....

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

Anderer Schulabschluss .....

## Abschlussfrage

47) Insgesamt betrachtet: Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

Muster

Muster

Muster