

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Patientenname / Fallidentifikationsnummer (FID) / Barcode:

Erhebungszeitpunkt:

1 Eintritt 2 Austritt

Erhebungsdatum:

_____ . _____ . _____

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch ihre Krankheit.

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen beschreibt.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Ankleiden und Körperpflege

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
1. Können Sie sich selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Können Sie ihre Haare waschen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Aufstehen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
3. Können Sie von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Können Sie ins Bett gehen und aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Essen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
5. Können Sie das Fleisch mit dem Messer schneiden?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Können Sie ein gefülltes Glas zum Munde führen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Können Sie einen Milchkarton (Tetrapack) öffnen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gehen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
8. Können Sie auf ebener Strasse gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Können Sie Treppen steigen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Hilfsmittel

10. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich **Hilfsmittel** gebrauchen.

- a) Ankleiden und Körperpflege (z.B. langer Schuhlöffel, Knöpfer, Strumpfanzieher)
- b) Aufstehen (z.B. Stuhl mit Armlehnen, Spezialstuhl)
- c) Essen (z.B. Spezialbesteck).....
- d) Gehen (z.B. Gehstock, Krücken, Rollator).....

Hilfe anderer Personen

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

- a) Ankleiden und Körperpflege
- b) Aufstehen
- c) Essen
- d) Gehen.....

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch ihre Krankheit.

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen beschreibt.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Körperpflege

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
12. Können Sie sich ganz waschen und abtrocknen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Können Sie ein Vollbad nehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Können Sie auf die Toilette gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Heben

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
15. Können Sie einen 2 kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Können Sie sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Boden aufzuheben?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Greifen und Öffnen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
17. Können Sie eine Autotüre öffnen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Können Sie ein Konfitüreglas öffnen, welches schon einmal offen war?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Können Sie einen Wasserhahn auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Andere Tätigkeiten

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
20. Können Sie einkaufen gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Können Sie in ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Können Sie Haushaltsarbeiten (z.B. Staub saugen) oder Gartenarbeit verrichten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Hilfsmittel

23. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich **Hilfsmittel** gebrauchen.

- a) Körperpflege (z.B. Sitz für Badewanne, Toilettensitzerhöhung)
- b) Heben (z.B. Greifzange).....
- c) Greifen und Öffnen (z.B. Schlüsselgriff, Schraubdeckelöffner)
- d) Andere Tätigkeiten (z.B. Hilfsmittel zum Greifen, Greifzange)

Hilfe anderer Personen

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

- a) Körperpflege.....
- b) Heben.....
- c) Greifen und Öffnen.....
- d) Andere Tätigkeiten