

Name

Geb.-Datum

Datum

Seite 1/3

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten Ihre Fähigkeiten während der letzten Woche beschreibt.

	OHNE jede Schwierigkeit	Mit EINIGEN Schwierigkeiten	Mit GROSSEN Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage	Berechnung:												
<p>1 Ankleiden und Körperpflege</p> <p>Können Sie sich ankleiden, inkl. Binden von Schnürsenkeln und Schließen von Knöpfen?</p> <p>Können Sie sich die Haare waschen?</p>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	Höchster Wert Frage 1: <input type="text"/>												
					+												
<p>2 Aufstehen</p> <p>Können Sie von einem Stuhl ohne Armlehnen aufstehen?</p> <p>Können Sie sich ins Bett legen und wieder aufstehen?</p>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	Höchster Wert Frage 2: <input type="text"/>												
					+												
<p>3 Essen und Trinken</p> <p>Können Sie Fleisch schneiden?</p> <p>Können Sie eine volle Tasse oder ein volles Glas zum Mund führen?</p> <p>Können Sie eine neue Milchtüte öffnen?</p>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	Höchster Wert Frage 3: <input type="text"/>												
					+												
<p>4 Gehen</p> <p>Können Sie im Freien auf ebenem Gelände gehen?</p> <p>Können Sie fünf Treppenstufen hinaufsteigen?</p> <p>Bitte kreuzen Sie alle HILFSMITTEL an, die Sie üblicherweise benutzen:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Anziehen (Knopfhaken, Reißverschlusshilfe, verlängerter Schuhlöffel)</td> <td><input type="checkbox"/> Gehwagen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl</td> <td><input type="checkbox"/> Krücken</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stock</td> <td><input type="checkbox"/> andere, bitte angeben:</td> </tr> </table> <p>Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Sie gewöhnlich HILFE VON EINEM ANDEREN MENSCHEN benötigen:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ankleiden und Körperpflege</td> <td><input type="checkbox"/> Essen und Trinken</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aufstehen</td> <td><input type="checkbox"/> Gehen</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Anziehen (Knopfhaken, Reißverschlusshilfe, verlängerter Schuhlöffel)	<input type="checkbox"/> Gehwagen	<input type="checkbox"/> Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> andere, bitte angeben:	<input type="checkbox"/> Ankleiden und Körperpflege	<input type="checkbox"/> Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	Höchster Wert Frage 4: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Anziehen (Knopfhaken, Reißverschlusshilfe, verlängerter Schuhlöffel)	<input type="checkbox"/> Gehwagen																
<input type="checkbox"/> Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl	<input type="checkbox"/> Krücken																
<input type="checkbox"/> besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Rollstuhl																
<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> andere, bitte angeben:																
<input type="checkbox"/> Ankleiden und Körperpflege	<input type="checkbox"/> Essen und Trinken																
<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Gehen																
					oder:												
					Wert Frage 4, wenn Hilfsmittel oder Fremdhilfen angegeben wurden und »Höchster Wert« 0 oder 1 beträgt: <input type="text" value="2"/>												
					Summe Punkte Seite 1: <input type="text"/>												

Fortsetzung auf Seite 2

Name

Geb.-Datum

Datum

Seite 2/3

Berechnung:

Übertrag Punkte
Seite 1:

+

Höchster Wert
Frage 5:

+

Höchster Wert
Frage 6:

+

Höchster Wert
Frage 7:

Summe Punkte
Seite 2:



5 Hygiene

Können Sie Ihren Körper von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?

Können Sie in der Badewanne baden?

Können Sie sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen?

OHNE
jede
Schwie-
rigkeit

Mit
EINIGEN
Schwie-
rigkeiten

Mit
GROSSEN
Schwie-
rigkeiten

Nicht
dazu in
der Lage



6 Erreichen von Gegenständen

Können Sie sich strecken und einen etwa 2 kg schweren Gegenstand (z. B. einen Beutel Kartoffeln) von einem knapp über Ihrem Kopf befindlichen Regal herunterholen?

Können Sie sich bücken, um Kleidungsstücke vom Boden aufzuheben?



7 Greifen

Können Sie Autotüren öffnen?

Können Sie Gläser mit Schraubverschluss öffnen, die vorher schon einmal geöffnet waren?

Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?

Fortsetzung auf Seite 3

Name

Geb.-Datum

Datum

Seite 3/3

Berechnung:

Übertrag Punkte Seite 2:

+

Höchster Wert Frage 8:

oder:

Wert Frage 8, wenn Hilfsmittel oder Fremdhilfen angegeben wurden und »Höchster Wert« 0 oder 1 beträgt:

Summe Punkte Seite 3:

8 Andere Tätigkeiten

	OHNE jede Schwierigkeit	Mit EINIGEN Schwierigkeiten	Mit GROSSEN Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
Können Sie Besorgungen machen und einkaufen?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Können Sie in ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Können Sie Hausarbeiten verrichten, z. B. Staubsaugen und Gartenarbeit?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

Bitte kreuzen Sie alle HILFSMITTEL an, die Sie üblicherweise für diese Tätigkeit benutzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhter Toilettensitz | <input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen im Badezimmer |
| <input type="checkbox"/> Badewannensitz | <input type="checkbox"/> Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die vorher schon geöffnet waren) |
| <input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen zum Erreichen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> Badewannenstange bzw. -griff |
| <input type="checkbox"/> andere, bitte angeben: | |

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Sie gewöhnlich HILFE VON EINEM ANDEREN MENSCHEN benötigen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hygiene | <input type="checkbox"/> Greifen |
| <input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> andere Tätigkeiten |

Berechnung des HAQ:

$$\text{HAQ} = \frac{\text{Summe Punkte } \textcircled{1}}{8} =$$

Verweise:

Interpretation und Auswertung: Medal Rheumatologie, Seite 19

Online-Rechner: <http://www.medal-org.de> (Deutsch)

<http://www.medalreg.com/medal/medal/ch37/ch37.21/ch37.21.08.php> (English)