

ASSESSMENT – OPTI-Q

Das Ziel dieses Assessments ist es, eine Standortbestimmung mittels strukturierter Fragen zu erhalten, die eine ganzheitliche Anamnese Ihres Patienten oder Ihrer Patientin ermöglicht.

Die heute besprochenen Auffälligkeiten bieten eine Grundlage für den Hausarzt / die Hausärztin einen umfassenden Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Patientenziele aus dem Versorgungspass zu erstellen.

Das Kernteam bestimmt gemeinsam, welche Gesundheitsfachperson das Assessment durchführt. Idealerweise sollte es einer Person sein, die auch das Vertrauen der Patient:innen hat.

Wie kann man das Assessment dem Patienten oder der Patientin erklären?

«Wir führen jetzt eine ganzheitliche Standortbestimmung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit und Ihrer Leistungsfähigkeit im Alltag durch. Es geht darum, wichtige Probleme frühzeitig zu erkennen. Die Fragen haben teilweise vorgegebene Antworten. Ich werde sie Ihnen zunächst vorlesen. Dann bitte ich Sie, sich für die Antwort zu entscheiden, die am ehesten auf Sie zutrifft.»

Zur Durchführung:

Ist die Antwort des Patienten oder der Patientin grau unterlegt, kreuzen Sie bitte das Kästchen rechts zusätzlich an, damit dieses Thema in der Konsultation mit dem Arzt bzw. der Ärztin genauer abgeklärt wird.

(Bitte ausfüllen oder Etikette aufkleben)

Datum:	Startzeit:
Name des Patienten/der Patientin:	
Geburtsdatum:	
Patient/in-ID:	

1. A Leistungsfähigkeit

Abklärungsbedarf

Während der letzten zwei Wochen: Hatten Sie Schwierigkeiten, Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und / oder ausserhalb des Hauses zu erledigen?

Keine Wenig Einige Viele Nichts geschafft

1. B Sehen

Haben Sie Probleme, Zeitungsschrift zu lesen – auch mit Brille?

Ja Nein

Haben Sie Probleme, Personen auf der anderen Strassenseite zu erkennen – auch mit Brille?

Ja Nein

1. C Hören

Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen (ggf. auch mit Hörgerät)?

Ja Nein

1. D Stürze

Haben Sie Schwierigkeiten, aus dem Bett aufzustehen / sich ins Bett zu legen oder von einem Stuhl aufzustehen / sich auf einen Stuhl zu setzen?

Ja Nein

Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder Schwierigkeiten beim Gehen?

Ja Nein

Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten zwei Mal oder öfter gestürzt?

Ja Nein

→ Wurde mindestens eine der drei Fragen mit «Ja» beantwortet, kann der [«Timed 'Up and Go'-Test»](#) (Seite 25) durchgeführt werden.

1. E Harninkontinenz

Abklärungsbedarf

Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen oder Bücken schon einmal Tropfen aus der Blase abgegangen?

Nie Selten Manchmal Oft Immer

Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen können?

Nie Selten Manchmal Oft Immer

→ Ist der Patient männlich, sollen noch folgende Fragen gestellt werden:

Müssen Sie Pressen, damit Sie Wasserlassen können?

Nie Selten Manchmal Oft Immer

Kommt es vor, dass es nach dem Wasserlassen nachtröpfelt?

Nie Selten Manchmal Oft Immer

1. F Depressivität

Punkte

→ Auswertung: Bitte tragen Sie auf der rechten Spalte die in der Klammer stehende Anzahl Punkte ein.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

I Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

.....

II Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

.....

→ Wurde mindestens eine der oben genannten zwei Fragen mit «an einzelnen Tagen» oder mehr beantwortet, sollen folgende Fragen III – IX durchgegangen werden:

III Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf

Überhaupt nicht (0) An einzelnen Nächten (1)
 An mehr als der Hälfte der Nächte (2) Beinahe jede Nacht (3)

.....

IV Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

.....

V Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis, zu essen

Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

.....

Punkte

VI Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager / eine Versagerin zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben

- Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

VII Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren

- Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

VIII Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil so zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang?

- Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

IX Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich leid zufügen möchten

- Überhaupt nicht (0) An einzelnen Tagen (1)
 An mehr als der Hälfte der Tage (2) Beinahe jeden Tag (3)

→ Auswertung:

0-4 Punkte: Keine Depression

5 – 9 Punkte: Verdacht auf leichte Depression

10 – 14 Punkte: Verdacht auf mittelgradige Depression

15 – 27 Punkte: Verdacht auf schwere Depression

Total Fragen I – IX:

Abklärungsbedarf

1. G Soziales Umfeld

Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z.B. bei Sturz?

- Ja Nein Weiss nicht

Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?

- Ja Nein Weiss nicht

1. H Test zur kognitiven Leistung

→ Geben Sie dem Patienten / der Patientin das Blatt mit dem vorgezeichneten Kreis von Seite 6.

→ Geben Sie dem Patienten / der Patientin folgende Anweisungen:

«Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern/
Zahlen zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit **11:10 Uhr** ein.»

→ Sie können die Anweisung wiederholen, bevor der Test begonnen wird,
während des Testes jedoch nicht mehr.

Patient / in lehnt ab

→ Auswertung:

Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß der Kriterien (Score) unten.

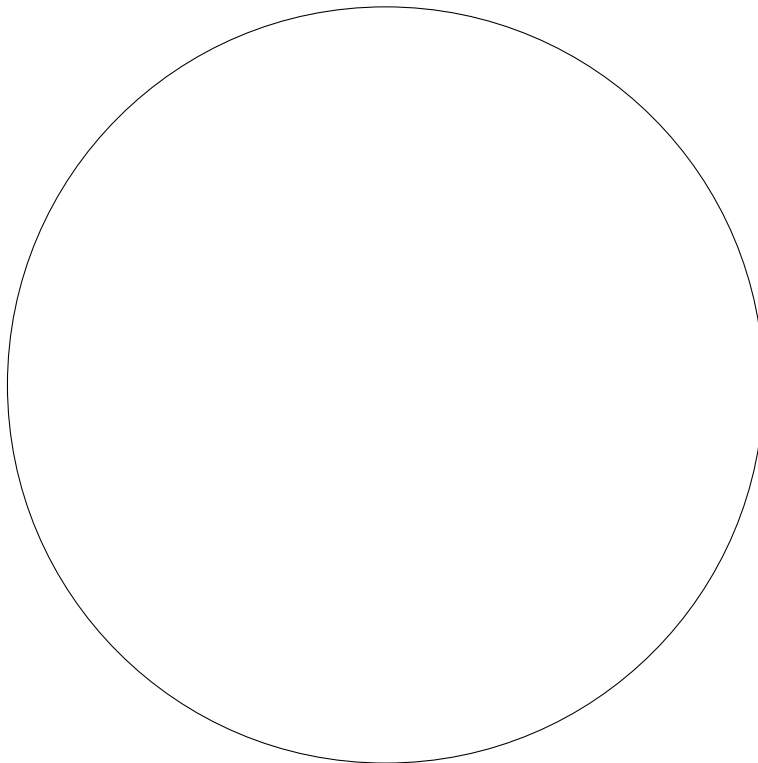
(1 = ohne Fehler, 6 = keine Uhr erkennbar)

Beschreibung	Score	
<p>«Perfekt»</p> <p>→ Ziffern 1 – 12 richtig eingezeichnet</p> <p>→ zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen</p>	1	
<p>«Leichte visuell-räumliche Fehler»</p> <p>→ Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig</p> <p>→ Ziffern außerhalb des Kreises</p> <p>→ Blatt wird gedreht, so dass die Ziffern auf dem Kopf stehen</p> <p>→ Pat. verwendet Linien («Speichen») zur Orientierung</p>	2	
<p>«Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher»</p> <p>Darstellung der Uhr</p> <p>→ nur ein Zeiger</p> <p>→ «10 nach 11» (o. ä.) als Text hingeschrieben</p> <p>→ keine Uhrzeit eingezeichnet</p>	3	
<p>«Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird; unregelmäßige Zwischenräume»</p> <p>→ Unregelmässige Zwischenräume</p> <p>→ Ziffern vergessen</p> <p>→ Perservervation: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12</p> <p>→ Rechts-links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)</p> <p>→ Dysgraphie – keine lesbare Darstellung der Ziffern</p>	4	
<p>Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation</p> <p>→ wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt</p>	5	
<p>Keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluss Depression / Delir!)</p> <p>→ kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen</p> <p>→ keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr</p> <p>→ Patient/Patientin schreibt Worte oder Name</p>	6	

1. H Test zur kognitiven Leistung – Anlage

→ Kreis für den Uhrentest

Bitte ausdrucken.



→ Auswertung:

Abklärungsbedarf

Score

1 2 3 4 5 6

Datum:

Name des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Patient/in-ID:

2. Schmerz

Abklärungsbedarf

Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schmerzen?

Ja Nein

→ Ist die Antwort «Ja», soll detaillierter nachgefragt werden:

Wie stark waren Ihre Schmerzen?

Leicht Mässig Stark

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in Ihren Alltagstätigkeiten behindert?

Nicht Wenig Ziemlich Sehr

3. Schwindel

Ist Ihnen schwindelig?

Nein Manchmal Oft (Fast) immer

→ Lautet die Antwort «Manchmal», «Oft» oder «(Fast) immer», soll weiter nachgefragt werden:

Dreht sich der Schwindel in eine Richtung oder ist er ungerichtet («sturm»)?

Eine Richtung Ungerichtet

Wann erlebten Sie erstmals diesen Schwindel?

Inwieweit hat der Schwindel Sie in Ihren Alltagstätigkeiten behindert?

Nicht Wenig Ziemlich Sehr

4. Ungewollter Gewichtsverlust

Punkte

→ **Auswertung:** Bitte tragen Sie auf der rechten Spalte die in der Klammer stehende Anzahl Punkte ein.

Haben Sie während den letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

- Starke Abnahme der Nahrungsaufnahme (0)
- Leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme (1)
- Keine Abnahme der Nahrungsaufnahme (2)

.....

Haben Sie innerhalb der letzten drei Monate unabsichtlich Gewicht verloren?

- Gewichtsverlust > 3 kg (0)
- Gewichtsverlust 1 bis 3 kg (2)
- Nicht bekannt (1)
- Kein Gewichtsverlust (3)

.....

Mobilität – sind Sie:

- Bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert (0)
- In der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen (1)
- In der Lage, die Wohnung zu verlassen (2)

.....

Hatten Sie während den letzten 3 Monate eine akute Krankheit oder psychischen Stress?

- Ja (0)
- Nein (2)

.....

Leiden Sie unter Gedächtnisstörungen oder Stimmungsschwankungen?

- Schwere Gedächtnisstörung oder Stimmungsschwankungen (0)
- Leichte Gedächtnisstörungen oder Stimmungsschwankungen (1)
- Keine (2)

.....

Body Mass Index (BMI):

Körpergewicht: kg / (Körpergröße: m)² = BMI Wert

- BMI < 19 (0)
- 19 ≤ BMI < 21 (1)
- 21 ≤ BMI < 23 (2)
- BMI ≥ 23 (3)

.....

→ **Auswertung Screening:**

(max. 14 Punkte)

Total:

12 – 14 Punkte: Normaler Ernährungszustand

8 – 11 Punkte: Risiko für Mangelernährung

0 – 7 Punkte: Mangelernährung

Abklärungsbedarf

→ Besteht kein Risiko für eine Mangelernährung können die nachfolgenden Fragen zur Ernährung gestellt werden. Besteht jedoch ein Risiko sind die nachfolgenden Fragen zur Ernährung überflüssig und weitere Abklärungen durch den Hausarzt / die Hausärztin und / oder eine Überweisung an die Ernährungsberatung sind nötig.

5. Ernährung

Abklärungsbedarf

→ Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Empfehlungen der Schweizer Lebensmittelpyramide. Die darin genannten Portionsgrößen richten sich an Erwachsene und dienen als Orientierungshilfe. Je nach Energiebedarf (abhängig von Alter, Geschlecht, Grösse, körperlicher Aktivität etc.), Krankheit oder Ernährungsform (vegan, vegetarisch etc.) gelten kleinere bzw. grössere Portionenangaben.

Wie viel Wasser (Mineralwasser mit und ohne Kohlensäure, Hahnenwasser) und Getränke wie Kaffee oder Tee (Kräuter-, Schwarz-, Grüntee etc.) trinken Sie an einem gewöhnlichen Tag?

- Keines
 2.5 – 5 dl
 Bis zu 1 Liter
 1 – 2 Liter
 Mehr als 2 Liter

Wie viele Portionen Früchte (roh, gekocht oder als ungezuckerter Saft) essen / trinken Sie an einem gewöhnlichen Tag?

- Keine
 1 – 2
 Mehr als 2

Wie viele Portionen Gemüse (roh, gekocht oder als ungezuckerter Saft) und Salat essen / trinken Sie an einem gewöhnlichen Tag?

- Keine
 1 – 2
 Mehr als 2

→ Erläuterung: Die empfohlenen 5 Portionen Obst, Gemüse und Salat teilen sich auf in 2 Portionen Obst und 3 Portionen Gemüse / Salat. Eine Portion entspricht jeweils ca. 1 Handvoll. 1 Portion Saft sind 1 dl, i.d.R. wird jedoch ein Glas getrunken, was mind. 2 dl entspricht = 2 Portionen.

Wie viele Portionen Milch und Milchprodukte essen / trinken Sie an einem gewöhnlichen Tag?

- Keine
 1
 2
 3
 Mehr als 3

→ Erläuterung: 1 Portion entspricht 2 dl Milch oder 150 – 200 g Joghurt / Quark / Hüttenkäse / andere Milchprodukte oder 30 g Halbhart- / Hartkäse oder 60 g Weichkäse.

Wie viele Portionen Fleisch / Geflügel / Wurstwaren / Fisch / Eier / Tofu, etc. essen Sie an einem gewöhnlichen Tag?

- Keine
 1
 2
 3
 Mehr als 3

→ Erläuterung: 1 Portion entspricht 100 – 120 g Fleisch / Geflügel / Fisch / Tofu / Seitan / Quorn (Frischgewicht) oder 2 – 3 Eier oder 30 g Halbhart- / Hartkäse oder 60 g Weichkäse oder 150 – 200 g Quark / Hüttenkäse.

Möchten Sie zum Thema Ernährung noch mehr besprechen? Brauchen Sie Unterstützung (z.B. durch eine Ernährungsberatung)?

- Ja
 Nein

→ Gegebenenfalls Überweisung an Ernährungsberatung durch den Hausarzt / die Hausärztin. Von der OKP anerkannte Ernährungsberater:innen können Sie unter folgendem Link finden: <https://svde-asdd.ch/beraterinnen-suche/>

6. Aktivitäten des täglichen Lebens ATL

Abklärungsbedarf

Haben Sie in den letzten 7 Tagen für folgende Tätigkeiten Unterstützung benötigt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> persönliche Hygiene (inkl. Gesicht waschen, kämmen, rasieren, schminken, Zähneputzen) | <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Essen |
| <input type="checkbox"/> An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Haushalt |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Wäsche |
| <input type="checkbox"/> Telefonieren | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Andere Tätigkeiten: |
| <input type="checkbox"/> Finanzen | |

- Ich benötige keine Unterstützung im Alltag

→ Bitte das Kästchen für den Abklärungsbedarf ankreuzen, wenn bereits eine Tätigkeit genannt wird, bei der Unterstützung im Alltag benötigt wird.

→ Wenn Unterstützung im Alltag benötigt wird, soll detaillierter nachgefragt werden:

Weshalb benötigen Sie bei diesen Tätigkeiten Unterstützung?

Wer unterstützt Sie bisher dabei?

Denken Sie, diese Person ist längerfristig bereit und in der Lage, Sie dabei zu unterstützen oder wären Sie froh, wenn diese Unterstützung anderweitig organisiert werden könnte?

Wären Sie froh um bestimmte Hilfsmittel?

7. Mobilität und Beweglichkeit

→ Die Antworten zu den Fragen über die körperliche Betätigung müssen anschliessend vom Arzt bzw. von einer Ärztin beurteilt werden.

An wie vielen Tagen haben Sie sich in den vergangenen 7 Tagen körperlich betätigt?

..... Tage

An oben genannten Tagen, wie lange haben Sie sich körperlich betätigt?

..... Minuten pro Tag

Wie anstrengend war Ihre durchschnittliche körperliche Betätigung?

- Leicht (z.B. langsames Gehen)
- Mittel (schnelles Gehen)
- Schwer (langsames Joggen, Schwimmen)
- Sehr schwer (schnelles Rennen oder Treppen steigen)
- Aktuell keine körperliche Betätigung

→ Ggf. ergänzend [«Sit-To-Stand-Test»](#) (Seite 2) durchführen.

8. Suchtverhalten

Abklärungsbedarf

Alkohol

Haben Sie Bier, Wein, Schnaps oder anderen Alkohol in den letzten 7 Tagen konsumiert?

Ja Nein

→ Ist die Antwort «Ja», soll detaillierter nachgefragt werden:

Wie viel trinken Sie im Durchschnitt pro Tag?

..... Einheiten

Definition einer Einheit: 3 dl Bier, 1 dl Wein, 0.2 dl Schnaps

→ Liegt die angegebene Anzahl alkoholischer Einheiten ≥ 2 , soll weiter nachgefragt werden:

Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?

Ja Nein

Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?

Ja Nein

Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?

Ja Nein

Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

Ja Nein

→ mind. zwei positive Antworten bezeugen das wahrscheinliche Vorhandensein von Problemen, die im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum stehen.

Tabak und Tabakersatzprodukte

Haben Sie in den letzten 30 Tagen Tabak oder Tabakersatzprodukte konsumiert?

Ja Nein

→ Ist die Antwort «Ja», soll detaillierter nachgefragt werden:

Wie viel Tabak haben Sie im Durchschnitt pro Tag konsumiert?

..... Zigaretten (oder anderes Tabakprodukt wie Snus oder E-Zigarette)

Wären Sie interessiert daran, mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja Nein

Haben Sie sich schon mal damit beschäftigt, Nikotin in einer risikoärmeren Art zu konsumieren (z.B. durch das Nikotinpflaster / -kaugummi)?

Als Zwischenschritt oder zum Rauchstopp?

Medikamente und andere Substanzen

Punkte

→ **Auswertung Screening:** Jedes «Ja» zählt einen Punkt

I Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente und andere Substanzen konsumiert, die Ihnen so nicht verschrieben wurden, d.h. die Sie also gar nicht verschrieben bekommen haben oder von denen Sie mehr einnehmen, als Ihnen verschrieben wurde (z.B. Benzodiazepine & Benzodiazepin-Analoga [Zolpidem & Zopiclon], bestimmte Schmerzmittel, Antidepressiva, Antipsychotika, Ritalin, etc.)?

Ja Nein Weiss nicht

.....

→ **Ist die Antwort «Ja» und «Weiss nicht», soll detaillierter nachgefragt werden:**

II Konsumieren Sie mehr als ein Medikament / eine Substanz gleichzeitig?

Ja Nein

.....

III Können Sie nicht mehr mit dem Medikamenten- / Substanzen-Konsum aufhören, auch wenn Sie das möchten?

Ja Nein

.....

IV Hatten Sie jemals Blackouts oder Flashbacks im Zusammenhang mit Ihrem Medikamenten- / Substanzen-Konsums?

Ja Nein

.....

V Fühlen Sie sich manchmal schlecht oder schuldig auf Grund Ihres Medikamenten- / Substanzen-Konsums?

Ja Nein

.....

VI Beklagt sich manchmal Ihr Lebenspartner/Ihre Lebenspartnerin (oder Ihre Eltern/Kinder) über Ihren Medikamenten- / Substanzen-Konsum?

Ja Nein

.....

VII Haben Sie auf Grund Ihres Medikamenten- / Substanzen-Konsums Ihre Familie vernachlässigt?

Ja Nein

.....

VIII Haben Sie sich jemals zu illegalem Verhalten hinreissen lassen, um an Medikamente / Substanzen zu kommen?

Ja Nein

.....

Punkte

IX Hatten Sie jemals Entzugssymptome, weil Sie Ihren Medikamenten-/Substanzen-Konsum gestoppt hatten?

Ja Nein

.....

X Hatten Sie jemals medizinische Probleme auf Grund Ihres Medikamenten-/Substanzen-Konsums (z.B. Gedächtnisverlust, Hepatitis, Krampfanfälle, Blutungen)?

Ja Nein

.....

→ **Auswertung Screening:**

Jedes «Ja» zählt einen Punkt

Total:

0 Punkte: Keine Probleme

1 – 2 Punkte: low level → *Monitoring, erneutes Assessment zu einem späteren Zeitpunkt*

3 – 5 Punkte: moderate level → *weiter verfolgen*

6 – 8 Punkte: substantial level → *intensives Assessment*

9 – 10 Punkte: severe level → *intensives Assessment*

Abklärungsbedarf

9. Sexualität

A Ist es in Ordnung, wenn ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Sexualität stelle oder möchten Sie darüber lieber mit Ihrer / Ihrem Hausärztin / Hausarzt sprechen?

Ja, ist in Ordnung

Nein, ich möchte dies mit meiner / meinem Hausärztin / Hausarzt besprechen

Nein, ich möchte darüber nicht in der Hausarztpraxis sprechen

→ **Ist die Antwort «Nein», können Sie die Befragung beenden.**

→ **Ist die Antwort «Ja», soll weiter nachgefragt werden:**

B Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Ja Nein

→ **Ist die Antwort «Ja», können Sie zur Frage 9.D springen:**

→ **Ist die Antwort «Nein», soll weiter nachgefragt werden:**

C Möchten Sie sich darüber gerne vertiefter austauschen?

Ja Weiss nicht Nein

Mit wem möchten Sie darüber sprechen?

D Sind Sie sexuell aktiv?

Ja Nein (aktuell nicht)

→ **Ist die Antwort «Ja», soll weiter nachgefragt werden:**

→ **Ist die Antwort «Nein», können Sie die Befragung beenden.**

Abklärungsbedarf

E Wie schützen Sie sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten?

F Haben Sie schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt?

Ja Nein

→ Ist die Antwort «Ja», soll detaillierter nachgefragt werden:

→ Ist die Antwort «Nein», können Sie die Befragung beenden.

G Welche?

H Wurden sie behandelt resp. sind Sie in Behandlung dagegen?

Ja Nein

Abschliessende Kommentare:

Endzeit:	Dauer:
Name der Fachperson:	
Beruf (MPA, MPK, APN, Hausarzt/Hausärztin, anderer):	

Quellen der Assessment Fragen

Fragen 1:

Manageable Geriatric Assessment (MAGIC), von QualiCCare adaptiert
Annual Wellness Visit - Pre-Visit Questionnaire, von QualiCCare adaptiert
Timed up and go Test (TUG) (Seite 25)
PHQ-9-Fragebogen

Fragen 2:

DEGAM Geriatisches Assessment, von QualiCCare adaptiert

Fragen 3:

QualiCCare

Fragen 4:

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Fragen 5:

Test zur Lebensmittelpyramide, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, von QualiCCare adaptiert

Fragen 6:

OPTUM – Health Risk Assessment, von QualiCCare adaptiert

Fragen 7:

OPTUM – Health Risk Assessment, von QualiCCare adaptiert
«Sit-To-Stand-Test» (Seite 2)

Fragen 8:

OPTUM – Health Risk Assessment, von QualiCCare adaptiert
CAGE – Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Fragebogen
DAST-10 Drug Abuse Screening Test, von QualiCCare adaptiert

Fragen 9:

DAM 01/2016 – Die Allgemeinmediziner, von QualiCCare adaptiert