

## Fragen zu Veränderungen seit der letzten Untersuchung

Name:

Datum:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte zutreffende Aussage bei Ja oder Nein ankreuzen!

Ja

Nein

		Ja	Nein
1	Ich verlasse täglich meine Wohnung für mehr als eine Stunde.		
2	Ich versorge meinen Haushalt weitgehend allein.		
3	Ich benötige Hilfe zum Einkaufen.		
4	Ich treibe regelmäßig Sport / Gymnastik.		

5	Ich bin mehr als einmal in den vergangenen 6 Monaten gestürzt.		
6	Ich stolpere häufig.		
7	Mir ist oft schwindelig.		
8	Ich bin gehbehindert.		
9	Ich benutze eine Gehhilfe oder einen Rollator.		
10	Ich nehme fast täglich Beruhigungs- und Schlafmittel.		

11	Ich bekomme in der Zwischenzeit neue Medikamente.		
12	Ich habe eine neue Krankheit.		
13	Ich war in der Zwischenzeit im Krankenhaus.		
14	Ich hatte in den vergangenen 6 Monaten einen neuen Knochenbruch.		
15	Ich habe in der letzten Zeit stark abgenommen.		
16	Ich habe Rückenschmerzen; die Schmerzen sind schlimmer geworden. Bitte beurteilen Sie ihre aktuellen Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 - 10. (10 für nicht erträgliche Schmerzen und 1 leichte Schmerzen)		
	1      2      3      4      5      6      7      8      9      10		
	<input type="checkbox"/>		

17	Hat sich das Befinden geändert?		
18	Meine Aktivität/Mobilität/Selbständigkeit hat sich verändert.		
19	Hormonbehandlung bei Brustkrebs / Prostatakrebs.		
20	Schilddrüsentabletten nehme ich regelmäßig ein.		
21	Ich nehme zurzeit Kortison ein.		
22	Ich leide an Durchfall.		
23	Ich leide an Epilepsie oder Parkinson oder hatte einen Schlaganfall.		
24	Täglich trinke ich ~1/2 Liter Milch oder esse einen Becher Joghurt, oder esse täglich ~ 2 Scheiben Käse.		
25	Sonstiges?		