

ID-Nr. des/ der Patienten/ in:

Z□□□□□□

## Dokumentationsbogen FU VI Drop-out Analyse

*Hinweis: Die Drop-out Analyse soll für alle Patienten durchgeführt werden, die vor dem FU VI aus einem anderen Grund als Tod aus der Studie ausgeschieden sind. Ziel ist es, zum Ende der aktuellen Förderperiode zu jedem Patienten eine aktuelle Statusinformation zu haben hinsichtlich **Mortalität, Institutionalisierung, Pflegestufe und Wohnsituation**. Bei verstorbenen Patienten soll die Situation zum Todeszeitpunkt erhoben werden.*

*Vorgehen:*

1. Frau Wiese stellt Listen der Patienten zur Verfügung, **die in der entsprechenden Reihenfolge** abgearbeitet werden sollen (entspricht der Reihenfolge des Einschlusses in die Baseline, um für alle Patienten eine in etwa gleich lange Beobachtungszeit zu erzielen).
2. Der Patient wird telefonisch kontaktiert (ggf. kann ein kurzer Brief mit einer Ankündigung des Anrufs verschickt werden) und befragt. Ist ein Patient nicht erreichbar, so werden die Angaben über Kontaktierung der Angehörigen, der Hausarztpraxis oder der Einwohnermeldeämter eingeholt.

|                                                 |                          |                                         |                                                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>SI 1: Datum der Information</b>              | Tag                      | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                                           |
|                                                 | Monat                    | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                                           |
|                                                 | Jahr                     | <input type="text"/>                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>SI 2:</b>                                    |                          |                                         |                                                                |
| <b>Lebt der Patient oder ist er verstorben?</b> | <input type="checkbox"/> | 1 = lebt → <b>weiter mit SI 6</b>       |                                                                |
|                                                 | <input type="checkbox"/> | 2 = verstorben → <b>weiter mit SI 3</b> |                                                                |
|                                                 | <input type="checkbox"/> | 9 = Todesstatus unbekannt               |                                                                |

|                                                                                            |                          |                                                                                                      |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>SI 3a: Wenn verstorben, bitte Sterbedatum angeben:</b>                                  | Tag                      | <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/>                                           |
|                                                                                            | Monat                    | <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/>                                           |
|                                                                                            | Jahr                     | <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>SI 3b: Sterbedatum nicht bekannt:</b>                                                   | <input type="checkbox"/> |                                                                                                      |                                                                |
| <b>SI 4: Todesursache spezifizieren</b>                                                    | <input type="checkbox"/> | 1 Bösartige Neubildungen (C 00-C 97)                                                                 |                                                                |
| <i>(Die Zahlenangaben rechts in Klammern beziehen sich auf die ICD-10 Klassifikation):</i> | <input type="checkbox"/> | 2 Herzinfarkt (I 21-I 22)                                                                            |                                                                |
| .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 3a andere Krankheiten des Kreislaufsystems, exklusive Schlaganfall (I 00-I 20, I 23-I 60, I 65-I 99) |                                                                |
| .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 3b Schlaganfall (I 61-I 64)                                                                          |                                                                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 4 Krankheiten des Atmungssystems (J 00-J 99)                                                         |                                                                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 5 Krankheiten des Verdauungssystems (K 00-K 93)                                                      |                                                                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 6 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen von Unfällen/Suizid (S 00-T 98)                                 |                                                                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 7 andere, spezifiziere links                                                                         |                                                                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 9 nicht bekannt                                                                                      |                                                                |

|                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SI 5: Ort des Todes</b>                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> 1 = zu Hause                                                                    |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 2 = betreutes Wohnen                                                            |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 3 = Altenheim / Pflegeheim                                                      |
| spezifiziere: .....                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 5 = Krankenhaus                                                                 |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 6 = sonstiges, spezifiziere links                                               |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 9 = nicht bekannt                                                               |
| <b>Wohnsituation des Patienten</b>                                                                                                                                                     |  |                                                                                                          |
| <b>SI 6:</b>                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> 1 = allein (im Privathaushalt)                                                  |
| <b>Wo lebt der Patient?</b>                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> 2 = mit Partner/Ehepartner                                                      |
| <b>bzw. bei Verstorbenen: Wo lebte der Patient?</b>                                                                                                                                    |  | (im Privathaushalt)                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 3 = mit Angehörigen (im Privathaushalt)                                         |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 4 = mit Sonstigen (im Privathaushalt)                                           |
| (codiert wird der Zustand zum Zeitpunkt der Information bzw. bei Verstorbenen zum Zeitpunkt vor dem Tod; wenn unklar ob Patient lebt, kann „6“ dennoch codiert werden, ebenso „SI 7a“) |  | <input type="checkbox"/> 5 = betreutes Wohnen                                                            |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 6 = Altenheim/Pflegeheim                                                        |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 9 = nicht bekannt                                                               |
| <b>SI 7a:</b>                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                          |
| Falls „Altenheim“ oder „Pflegeheim“:                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tag                                                    |
| <b>Seit wann lebt bzw. lebte der Patient dort?</b>                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat                                                  |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr |
| <b>SI 7b: Datum nicht bekannt:</b>                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>                                                                                 |
| <b>Pflegestufe</b>                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                          |
| <b>SI 8:</b>                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> keine Pflegestufe                                                               |
| <b>Pflegestufe des Patienten:</b>                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 0                                                                   |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1                                                                   |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2                                                                   |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3                                                                   |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe vorhanden, aber unbekannt                                           |
|                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> nicht bekannt, ob Pflegestufe vorhanden                                         |