

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.

SI 1: Datum der Information	Tag	□	□
	Monat	□	□
	Jahr	□	□ □ □ □
SI 2: Lebt der Patient oder ist er verstorben?	☐ 1 = lebt → weiter mit SI 6		
	☐ 2 = verstorben → weiter mit SI 3		
SI 3a: Wenn verstorben, bitte Sterbedatum angeben:	Tag	□	□
	Monat	□	□
	Jahr	□	□ □ □ □
SI 3b: Sterbedatum nicht bekannt:	☐		
SI 4: Todesursache spezifizieren (Die Zahlenangaben rechts in Klammern beziehen sich auf die ICD-10 Klassifikation):	☐ 1 Bösartige Neubildungen (C 00-C 97)		
.....	☐ 2 Herzinfarkt (I 21-I 22)		
.....	☐ 3a andere Krankheiten des Kreislaufsystems, exklusive Schlaganfall (I 00-I 20, I 23-I 60, I 65-I 99)		
	☐ 3b Schlaganfall (I 61-I 64)		
	☐ 4 Krankheiten des Atmungssystems (J 00-J 99)		
	☐ 5 Krankheiten des Verdauungssystems (K 00-K 93)		
	☐ 6 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen von Unfällen/Suizid (S 00-T 98)		
	☐ 7 andere, spezifiziere links		
	☐ 9 nicht bekannt		

Z□□□□□□

SI 5: Ort des Todes	☐ 1 = zu Hause
	☐ 2 = betreutes Wohnen
	☐ 3 = Altenheim / Pflegeheim*
spezifiziere:	☐ 5 = Krankenhaus
	☐ 6 = sonstiges, spezifiziere links
	☐ 9 = nicht bekannt
Wohnsituation des Patienten	
SI 6:	☐ 1 = allein (im Privathaushalt)
Wo lebt der Patient?	☐ 2 = mit Partner/Ehepartner
bzw. bei Verstorbenen: Wo lebte der Patient?	(im Privathaushalt)
	☐ 3 = mit Angehörigen (im Privathaushalt)
	☐ 4 = mit Sonstigen (im Privathaushalt)
Mehrfachnennungen möglich	☐ 5 = betreutes Wohnen*
(codiert wird der Zustand zum Zeitpunkt	☐ 6 = Altenheim / Pflegeheim*
der Information bzw. bei Verstorbenen	☐ 9 = nicht bekannt
zum Zeitpunkt des Todes)	
SI 7a:	
Falls „Altenheim“ oder „Pflegeheim“:	☐ ☐ Tag
Seit wann lebt bzw. lebte der Patient dort?	☐ ☐ Monat
	☐ ☐ ☐ ☐ Jahr
SI 7b: Datum nicht bekannt:	☐
Pflegestufe	
SI 8:	☐ keine Pflegestufe
Derzeitige (bei Verstorbenen letzte) Pflegestufe des Patienten:	☐ Pflegestufe 0 (eingeschränkte Alltagskompetenz; Pflegebedarf weniger als 90 Minuten)
	☐ Pflegestufe 1
	☐ Pflegestufe 2
	☐ Pflegestufe 3
	☐ nicht bekannt

* Da eine Unterscheidung zwischen Alten- und Pflegeheim nicht möglich ist, wurden diese beiden Wohnformen zusammengefasst. Abgrenzung zum Betreuten Wohnen:

Betreutes Wohnen	Alten- / Pflegeheim
Wie ein Privathaushalt. Bewohner leben selbständig, können zusätzliche Unterstützungsangebote (wie Putzdienste, Essensversorgung, täglicher Check, ob alles in Ordnung) wahrnehmen, die meistens zusätzlich bezahlt werden müssen. Keine stationäre Pflege, die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes ist möglich.	Stationäre Pflege ist vorhanden , zumeist ist eine Pflegestufe obligat, um überhaupt aufgenommen zu werden. Ein ambulanter Pflegedienst kann nicht in Anspruch genommen werden.