

Follow-Up VI

Version August 2012

Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen (Direkte Befragung des Studienteilnehmers)

- ☐ Direkte Befragung des Studienteilnehmers
- ☐ Fragebogen für Angehörigen / Kontaktperson

Höheres Alter 1.1

© Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(2011)

Dieser Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Fragebogens oder von Teilen ist auch im Einzelfall nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Verfasser zulässig.

Formalitäten

0. Formalitäten

Name des Interviewers

nunter

.....

Geschlecht des Interviewers

geschlunter

- ① Weiblich
② Männlich

ID Nummer des

Studienteilnehmers id

Z [] [] [] [] [] [] [] []

Pseudonym des

Studienteilnehmers pseustudi

.....

Geschlecht des

Studienteilnehmers

geschl

- ① Weiblich
② Männlich

Tag des Interviews

datumh

[] [] **Tag** [] [] **Monat** [] [] [] [] **Jahr**

Zeitpunkt der Befragung

time

- ⑥ Follow Up V
⑦ Interimassessment 5.1
⑧ Interimassessment 5.2
⑨ Follow Up VI
⑩ Interimassessment 6.1
⑪ Interimassessment 6.2
⑫ Follow-up VII

Hinweise

Falls im Laufe des Interviews Bedenken bezüglich der Weitergabe und Verwertung der Fragebogendaten auftreten, sollten folgende 4 Punkte in den Mittelpunkt gestellt werden:

1. Es handelt sich um eine wissenschaftliche Studie, das heißt, es erfolgt keine Datenweitergabe an eine Krankenkasse.
2. Die Auswertung erfolgt anonym.
3. Im Mittelpunkt der Studie stehen die persönliche Situation sowie die mit den Krankheiten verbundene persönliche Belastung.
4. Aus der Analyse der Daten sollen Verbesserungen hinsichtlich der Versorgung abgeleitet werden.

→ Wenn während der letzten 3 bzw. 6 Monate keinerlei medizinische Leistungen oder Mittel in Anspruch genommen wurden, kreuzen Sie in allen entsprechenden Feldern bitte „Nein“ an bzw. tragen sie eine „0“ ein.

→ Wenn in der Tabelle nicht genügend Zeilen sind, um alle Leistungen und medizinischen Mittel, die der Proband erhalten oder erworben hat, einzutragen, tragen Sie die Antworten bitte dort ein, wo Sie eine freie Stelle finden (z.B. Rand, Zwischenräume) und kennzeichnen Sie, zu welcher Frage diese Antworten gehören.

Angaben zur Person

Hinweis für Interviewer:

Bitte lesen Sie dem Probanden die einzelnen Fragen des Fragebogens vor. Interviewerhinweise sind kursiv hervorgehoben.

1. Angaben zur Person

Bitte geben Sie das für Sie Zutreffende an. Bitte geben Sie bei jeder Frage nur **eine** Antwort an.

Krankenversicherung:

kv

- ① Gesetzliche Krankenversicherung
- ② Private Krankenvollversicherung einschließlich Beihilfe
- ③ Sonstige Krankenversicherung
- ④ Keine Krankenversicherung
- ⑤ Weiß nicht

Pflegeversicherung:

pv

- ① Gesetzliche Pflegeversicherung
- ② Private Pflegepflichtversicherung
- ③ Keine Pflegeversicherung
- ④ Weiß nicht

Private Pflegezusatzversicherung:

ppzv

- ① Nein
- ② Ja
- ③ Weiß nicht

Momentane Pflegestufe:

pst

- ① Derzeit keine Pflegestufe, auch nicht beantragt
- ② Derzeit keine Pflegestufe, aber Beantragung läuft
- ③ Derzeit keine Pflegestufe, jedoch beantragt, aber abgelehnt
- ④ Derzeit keine Pflegestufe, aber Widerspruch läuft
- ⑤ Pflegestufe 0
- ⑥ Pflegestufe I
- ⑦ Pflegestufe II
- ⑧ Pflegestufe III

Wenn der Proband eine Pflegestufe besitzt, fragen Sie bitte auch die folgenden 3 Fragen:

Seit wann besitzen Sie die Pflegestufe? [] Tag [] Monat [] Jahr *pstz*

Wurde eine Höherstufung der Pflegestufe beantragt?

Höherstufung:

hs

- ① Nicht beantragt
- ② Beantragt
- ③ Beantragt, aber abgelehnt
- ④ Widerspruch läuft

Welche Hauptleistung bekommen Sie momentan aus der Pflegeversicherung?

Leistung:

pl

- ① Sachleistung
- ② Geldleistung
- ③ Kombileistung
- ④ Andere (z.B. Ersatzpflege, Kurzzeitpflege)

→ Bitte legen Sie (Interviewer) nachfolgend dem Probanden einen Kalender vor. Erläutern Sie dem Probanden mit Hilfe des Kalenders, dass sich die folgenden Fragen auf den Zeitraum der letzten 3 Monate vor der Befragung beziehen. Ausnahme: Die Fragen zur stationären Versorgung und Pflege sowie zu den Umbaukosten beziehen sich auf die letzten 6 Monate vor der Befragung.

2. Stationäre Versorgung

Hatten Sie in den letzten **6 Monaten** eine vollstationäre oder teilstationäre (Tagesklinik) Krankenhausbehandlung und/oder einen solchen Kur/ Rehabilitationsaufenthalt?

SV0

- ① Ja
- ② Nein (Weiter mit Abschnitt 3)

Bitte füllen Sie für jeden Aufenthalt eine Zeile aus. Tragen Sie bitte für jeden Aufenthalt die Art des stationären Aufenthaltes, ob es voll- oder teilstationär war sowie die Aufenthaltsdauer ein.

Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

Aufenthalt	Welcher Art war der stationäre Aufenthalt?	Handelte es sich um einen vollstationären oder teilstationären Aufenthalt?	Wie viele Tage dauerte der Aufenthalt inkl. Aufnahme- und Entlassungstag (bei teilstationären Aufenthalten bitte Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mitzählen)?
1	① Allgemeinkrankenhaus ② Rehabilitationsklinik ③ Psychiatrisches Krankenhaus SV111	① vollstationär ② teilstationär SV112	 SV113
2	① Allgemeinkrankenhaus ② Rehabilitationsklinik ③ Psychiatrisches Krankenhaus SV121	① vollstationär ② teilstationär SV122	 SV123
3	① Allgemeinkrankenhaus ② Rehabilitationsklinik ③ Psychiatrisches Krankenhaus SV131	① vollstationär ② teilstationär SV132	 SV133
4	① Allgemeinkrankenhaus ② Rehabilitationsklinik ③ Psychiatrisches Krankenhaus SV141	① vollstationär ② teilstationär SV142	 SV143

3. Ambulante ärztliche / psychologische Versorgung (niedergelassene Ärzte und Klinikambulanzen)

Bitte kreuzen Sie unter Punkt 3.1 für jeden einzelnen ambulanten Arzt / Psychologen an, ob der Proband ihn in den letzten **3 Monaten** aufgesucht hat oder nicht. Hierzu zählen sowohl Besuche in einer Klinikambulanz als auch bei einem niedergelassenen Arzt / Psychologen. Wenn der Proband die erste Frage mit ja beantwortet, geben Sie bitte auch an, wie häufig er diesen Arzt / Psychologen aufgesucht hat.

Wenn der Arzt eine doppelte Facharztausbildung hatte, tragen Sie bitte die Besuche in nur einer zutreffenden Zeile ein.

Tragen Sie bitte unter Punkt 3.2 ein, ob und wie oft der Proband in den letzten 3 Monaten von einem Arzt / Psychologen zu Hause besucht worden ist, ob ein telefonischer Kontakt bestand oder ob er von einem Notarzt aufgesucht worden ist.

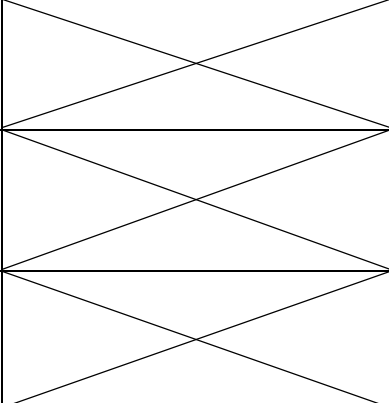
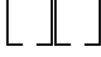
Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

3.1 Arzt- und Psychologenbesuche

Arzt	Waren Sie in den letzten 3 Monaten bei diesem Arzt zur Untersuchung oder Behandlung? (ohne Hausbesuche und Telefonate)	Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten diesen Arzt aufgesucht (inkl. Rezeptausstellung)?
Allgemeinmediziner bzw. Hausarzt	Ja ① Nein ② AV011	 AV012
Kardiologe	Ja ① Nein ② AV021	 AV022
Neurologe	Ja ① Nein ② AV031	 AV032
Psychiater	Ja ① Nein ② AV041	 AV042
Orthopäde	Ja ① Nein ② AV051	 AV052
HNO-Arzt	Ja ① Nein ② AV061	 AV062

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Arzt / Psychologe	Waren Sie in den letzten 3 Monaten bei diesem Arzt / Psychologen zur Untersuchung oder Behandlung? (ohne Hausbesuche und Telefonate)	Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten diesen Arzt / Psychologen aufgesucht (inkl. Rezeptaussstellung)?
Hautarzt	Ja ① Nein ② AV071	 AV072
Augenarzt	Ja ① Nein ② AV081	 AV082
Gynäkologe	Ja ① Nein ② AV091	 AV092
Urologe	Ja ① Nein ② AV0101	 AV0102
Chirurg	Ja ① Nein ② AV0111	 AV0112
Radiologe	Ja ① Nein ② AV0121	 AV0122
Psychologe/Psychotherapeut	Ja ① Nein ② AV0131	 AV0132
Zahnarzt	Ja ① Nein ② AV0141	 AV0142
Notfallambulanz	Ja ① Nein ② AV0151	 AV0152
Sonstige, welche? AV0160		 AV0162
Sonstige, welche? AV0170		 AV0172
Sonstige, welche? AV0180		 AV0182

3.2 Sonstige Arzt- und Psychologenkontakte

Wurden Sie in den letzten 3 Monaten von einem Arzt / Psychologen zu Hause untersucht oder behandelt (Hausbesuch) bzw. von einem Notarzt aufgesucht?

AV1

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte an.

Regulärer Hausbesuch	AV21
Kassenärztlicher/privatärztlicher Notarzt	AV22
Notarzt (Tel.: 112)	AV23

Hatten Sie bzw. hatten Angehörige/Kontaktpersonen für Sie in den letzten 3 Monaten telefonischen Kontakt mit Ärzten / Psychologen?

AV3

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte an (Bitte nur Beratungskontakte mit Ärzten / Psychologen einbeziehen). AV4

4. Ambulante nichtärztliche Behandlung

Bitte kreuzen Sie für jede ambulante nichtärztliche Behandlung an, ob der Proband diese in den letzten **3 Monaten** in Anspruch genommen hat oder nicht. Wenn der Proband die Frage nach der Inanspruchnahme mit ja beantwortet, geben Sie bitte auch die Häufigkeit der Behandlung an.

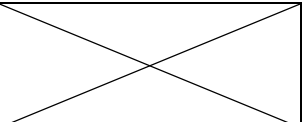
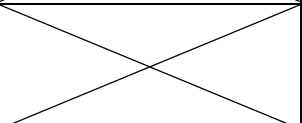
Bitte erläutern Sie dem Probanden, dass keine Behandlungen gemeint sind, die er während einer vollstationären oder teilstationären Behandlung (Klinik oder Kur/Rehabilitationsmaßnahme) erhalten hat (siehe Punkt 2).

Die Kategorie "Krankengymnastik u.ä. in der Gruppe" umfasst Krankengymnastik und weitere Gruppensportkurse wie z.B. Rückenschule, Kardiosport/Herzsportgruppe, Osteoporose-Gymnastik etc. Es sollen nur Kurse erfasst werden, die (wie die genannten Beispiele) im Zusammenhang mit konkreten Beschwerden stehen bzw. für die eine medizinische Indikation vorliegt. D.h. Gymnastik, Krafttraining oder andere Arten von Freizeitsport, die der allgemeinen Fitness dienen und NICHT der Besserung und Prävention bestimmter Beschwerden, sollen NICHT aufgenommen werden. Alle genannten Heilmittel werden unabhängig davon erfasst, wer die Kosten getragen hat, d.h. auch rein privat finanzierte Sportkurse werden aufgenommen, sofern sie zur Besserung von Beschwerden bzw. aufgrund einer medizinischen Indikation besucht wurden.

Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen. Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie ein „?“ ein.

	Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine der folgenden Behandlungen in Anspruch genommen?	Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten diese Leistung in Anspruch genommen?
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	Ja ① Nein ② NV11	 NV12
Krankengymnastik u.ä. in der Gruppe	Ja ① Nein ② NV91	 NV92
Ergo- oder Arbeitstherapie	Ja ① Nein ② NV21	 NV22
Sprech- oder Sprachtherapie	Ja ① Nein ② NV31	 NV32
Massage oder Lymphdrainage	Ja ① Nein ② NV41	 NV42
Heilpraktiker	Ja ① Nein ② NV51	 NV52
Medizinische Fußpflege	Ja ① Nein ② NV61	 NV62

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Sonstige, welche? NV70		 NV72
Sonstige, welche? NV80		 NV82

5. Hilfsmittel / Zahnersatz

Bitte kreuzen Sie für jedes einzelne Hilfsmittel / Zahnersatz an, ob der Proband dieses in den letzten **3 Monaten** gekauft bzw. erhalten hat oder nicht. Wenn der Proband die erste Frage mit ja beantwortet hat, geben Sie bitte auch die dazugehörige Menge an.

Bitte tragen Sie keine Hilfsmittel ein, die der Proband ausschließlich im Rahmen der stationären Versorgung genutzt hat (siehe Punkt 2).

Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

	Haben Sie dieses Hilfsmittel / Zahnersatz in den letzten 3 Monaten <u>gekauft</u> oder <u>erhalten</u> ?	Welche Menge haben Sie davon in den letzten 3 Monaten gekauft oder erhalten?
Stütz- bzw. Kompressionsstrümpfe (Stück)	Ja ① Nein ② HZ11	 HZ12
Hörgerät	Ja ① Nein ② HZ21	 HZ22
Rollstuhl	Ja ① Nein ② HZ31	 HZ32
Gehhilfe (Stück)	Ja ① Nein ② HZ41	 HZ42
Brillen	Ja ① Nein ② HZ51	 HZ52
Verbandsmittel (Packungen)	Ja ① Nein ② HZ61	 HZ62
Medizinische Geräte (Stück)	Ja ① Nein ② HZ71	 HZ72

Zahnkrone	Ja ① Nein ② HZ81	 HZ82
Brücke	Ja ① Nein ② HZ91	 HZ92
Zahnprothese	Ja ① Nein ② HZ101	 HZ102
Rollator	Ja ① Nein ② HZ111	 HZ112

Wie viele Inkontinenzeinlagen haben Sie durchschnittlich pro Tag in den letzten 3 Monaten genutzt? HZ11

 Wenn keine genutzt wurde, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

6. Pflege und Hilfen im Alltag

Haben Sie in den letzten **6 Monaten** einen Aufenthalt in einem Pflegeheim, in der teilstationären Pflege (Tagespflege), im betreuten Wohnen oder Altenheim gehabt? Oder wurden Sie in den letzten **3 Monaten** krankheits- oder altersbedingt durch professionelle Dienste oder Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn zu Hause gepflegt, beaufsichtigt bzw. mussten Sie deren Hilfe krankheits- oder altersbedingt für Tätigkeiten wie z.B. die Haushaltsführung in Anspruch nehmen?

HF0

- ① Ja
- ② Nein (Weiter mit Abschnitt 7)

6.1 Pflegeheim, teilstationäre Pflege, betreutes Wohnen oder Altenheim

Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Aufenthalt in einem Pflegeheim, in einer Einrichtung der teilstationären Pflege, dem betreuten Wohnen oder einem Altenheim gehabt?

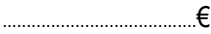
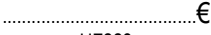
HF1

- ① Ja
- ② Nein (Weiter mit Abschnitt 6.2)

Wenn ja, füllen Sie bitte für jeden Aufenthalt eine Zeile aus. Bitte geben Sie für jeden Aufenthalt an, wie viele Tage in den letzten 6 Monaten der Proband dort untergebracht war und ob es ein Aufenthalt in einem Pflegeheim, in einer Einrichtung der teilstationären Pflege, im betreuten Wohnen oder einem Altenheim war. Falls der Proband einen Aufenthalt im betreuten Wohnen hatte, geben Sie bitte die Betreuungspauschale pro Monat an.

Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

Aufenthalt	Wie viele Tage in den letzten 6 Monaten waren Sie dort untergebracht? (Falls der Proband die ganzen 6 Monate dort gelebt hat, tragen Sie bitte „180“ ein)	In welcher Art von Einrichtung waren Sie?	Falls bekannt, wie hoch war Ihre Betreuungspauschale im betreuten Wohnen pro Monat?
1	 HF211	① Pflegeheim ② teilstationäre Pflege ③ betreutes Wohnen ④ Altenheim HF212	 € HF213
2	 HF221	① Pflegeheim ② teilstationäre Pflege ③ betreutes Wohnen ④ Altenheim HF222	 € HF223

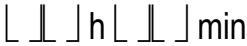
6.2 Pflege und Hilfe durch professionelle Dienste

Bitte kreuzen Sie für jede einzelne professionelle Dienstleistung an, ob der Proband sie in den letzten 3 Monaten krankheits- oder altersbedingt in Anspruch genommen hat oder nicht. Wenn er die erste Frage mit ja beantwortet, geben Sie bitte auch die Häufigkeit in Tagen sowie die durchschnittliche Dauer an.

Bitte erläutern Sie dem Probanden, dass keine Leistungen gemeint sind, die der Proband während des Aufenthalts in einem Pflegeheim, einer Einrichtung der teilstationären Pflege, im betreuten Wohnen oder einem Altenheim erhalten hat (siehe Punkt 6.1).

Wenn der Proband sich nicht mehr ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

	Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine der folgenden Dienstleistungen krankheits- oder altersbedingt in Anspruch genommen?	An wie vielen Tagen haben Sie die Dienstleistung in den letzten 3 Monaten krankheits- oder altersbedingt in Anspruch genommen? (Falls die ganzen 3 Monate, tragen Sie bitte „90“ ein)	Wie viele Stunden / Minuten hat die Dienstleistung durchschnittlich pro Tag, an dem Sie eine Leistung krankheits- oder altersbedingt erhalten haben, gedauert?
Ambulanter Pflegedienst (Grund- und Behandlungspflege)	Ja ① Nein ② HF311	 HF312	 HF313a / HF313b

Haushaltshilfe	Ja ① Nein ② HF321	 HF322	h min HF323a / HF323b
Essen auf Rädern	Ja ① Nein ② HF331	 HF332	
Einkaufshilfe	Ja ① Nein ② HF341	 HF342	h min HF343a / HF343b
Private (angestellte) Pflegekraft	Ja ① Nein ② HF351	 HF352	① wenige Stunden ② halbtags ③ ganztags HF353
Sonstige, welche? HF360	Ja ① Nein ② HF361	 HF362	h min HF363a / HF363b
Sonstige, welche? HF370		 HF372	h min HF373a / HF373b

6.3 Pflege und Hilfe durch Familienmitglieder, Freunde, Bekannte und Nachbarn

6.3.1 Fragen zu Helfern und zur Hauptpflegeperson

Wie viele Familienmitglieder beteiligen sich an Ihrer Pflege, Haushaltsführung u.ä. sowie Aufsicht, aufgrund von Krankheit oder Alter? HF4

Bitte tragen Sie die Anzahl ein (0=keine Familienmitglieder helfen) oder ggf. „?“ = weiß nicht.

Wie viele Freunde, Bekannte oder Nachbarn beteiligen sich an Ihrer Pflege, Haushaltsführung u.ä. sowie Aufsicht, aufgrund von Krankheit oder Alter? HF5

Bitte tragen Sie die Anzahl ein (0=keine Freunde, Bekannte, Nachbarn helfen) oder ggf. „?“ = weiß nicht.

→ Wenn bei beiden Fragen eine „0“ eingetragen wurde, dann bitte weiter mit „7. Umbaukosten“.

Viele Menschen berichten, dass die Pflege eines anderen Menschen sehr zeitaufwändig ist. Sie sagen, dass - auch wenn sie nichts Spezielles für die betreute Person tun - sie sich fühlen, als ob sie „in Bereitschaft sind“.

Was denken Sie: Wie viele Stunden pro Tag hat Ihre Hauptpflegeperson das Gefühl, für Sie „in Bereitschaft“ zu sein? AK1

Stunden pro Tag, „?“ = weiß nicht

Pflege und Hilfen im Alltag

In wie vielen Nächten wurde Ihre Hauptpflegeperson in der letzten Woche (d.h. in den vergangenen 7 Nächten) aufgrund ihrer Pflegepflichten gegenüber Ihnen im Schlaf gestört? AK2

 Nächte, „?“ = weiß nicht

Hat die Hauptpflegeperson, um Sie zu pflegen, ihre Arbeit ganz oder teilweise aufgeben müssen? AK3

- ① Ja, ganz
- ② Ja, teilweise
- ③ Nein

Hat die Hauptpflegeperson, um Sie zu pflegen, ihre Freizeitaktivitäten ganz oder teilweise aufgeben müssen? AK4

- ① Ja, ganz
- ② Ja, teilweise
- ③ Nein

6.3.2 Tätigkeiten und Beaufsichtigung durch Familienmitglieder, Freunde, Bekannte und Nachbarn

Bitte kreuzen Sie für jede einzelne Tätigkeit an, ob der Proband sie in den letzten 3 Monaten krankheits- oder altersbedingt in Anspruch genommen hat sowie ob er beaufsichtigt wurde. Wenn der Proband die erste Frage mit ja beantwortet, geben Sie bitte auch die durchschnittliche Dauer an.

Wenn der Proband sich nicht ganz genau an diese Angaben erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

	Haben Sie in den letzten 3 Monaten bei einer der angegebenen Tätigkeiten krankheits- oder altersbedingt Hilfe erhalten?	In den letzten 3 Monaten, wie viele Stunden wurde Ihnen durchschnittlich krankheits- oder altersbedingt geholfen?
Toilettengang, Körperpflege, Essen, Baden, Ankleiden, Gehen	Ja ① Nein ③ HF611	 h ① pro Tag ② pro Woche ③ pro Monat ④ in letzten 3 Monaten HF612 HF613
Bitte berücksichtigen Sie in den nächsten Zeilen nur den Zeitaufwand, den die/der Helfer zusätzlich für Sie krankheits- oder altersbedingt aufgebracht hat/haben.		
Einkaufen	Ja ① Nein ③ HF621	 h ① pro Tag ② pro Woche ③ pro Monat ④ in letzten 3 Monaten HF622 HF623

Bitte berücksichtigen Sie in der nächsten Zeile folgende Hinweise:

- 1.) Bitte geben Sie nur Zeiten an, die die beaufsichtigenden Personen sonst anders genutzt hätten.*
- 2.) Bitte berücksichtigen Sie: Beaufsichtigung gilt nur als zusätzliche Zeit, d.h. wenn beim Essen geholfen wurde, ist das zwar gleichzeitig eine Form der Beaufsichtigung, sollte aber nicht mitgezählt werden.*
- 3.) Bitte beziehen Sie keine Zeiten ein, an denen die beaufsichtigenden Personen geschlafen haben.*

7. Umbaukosten

Haben Sie in den letzten **6 Monaten** Anpassungsmaßnahmen (z.B. Türverbreiterungen, Einbau eines Treppenlifts, Umbau des Badezimmers) durchgeführt, die die häusliche Pflege in der Wohnung erleichtern? UB0

- ① Ja
② Nein (Weiter mit Abschnitt 8)

Wenn ja, wie viel haben diese Anpassungsmaßnahmen in den letzten 6 Monaten insgesamt (d.h. Erstattungsbeträge der Pflegekasse eingeschlossen) gekostet? UB1

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ in Euro (aufgerundet), Bitte tragen Sie den Betrag ein, „?“ = weiß nicht.

8. Sonstige Kontakte und Leistungen

Hatten Sie in den letzten **3 Monaten** krankheits- oder altersbedingt weitere Kontakte (z.B. Betreuer) bzw. haben Sie Leistungen erhalten, die Sie bisher noch nicht angegeben haben oder die noch nicht eingetragen wurden? SLO

- ① Ja
② Nein

Wenn ja, lassen Sie sich bitte die einzelnen Kontakte und Leistungen genau beschreiben. Ergänzen Sie bitte entsprechend die Anzahl der Kontakte und wie lange der/die Kontakt(e) durchschnittlich gedauert haben.

Wenn der Proband sich nicht mehr genau erinnern kann, bitten Sie ihn, die Angaben so gut wie möglich zu schätzen.

Wenn der Proband eine Frage nicht beantworten kann, tragen Sie bitte ein „?“ ein.

Bereich	Wie ist die genaue Bezeichnung dieser Leistung?	Wie oft haben Sie dieses Angebot in den letzten 3 Monaten genutzt?	Wie viele Minuten hat/ haben der/die Kontakt(e) durchschnittlich gedauert?
Betreuer	 SL111	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL112	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL113
Selbsthilfegruppen	 SL121	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL122	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL123
Sonstige Kontakte/ Leistungen, welche? SL130	 SL131	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL132	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL133
Sonstige Kontakte/ Leistungen, welche? SL140	 SL141	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL142	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ ┆ SL143