

## Fragebogen für die Person mit Demenz

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_

Interview durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Einwilligung liegt unterschrieben vor ☐ ja ☐ nein

### Erhebungsablauf

- **Vorstellung der Person**
  - Name, mein beruflicher Werdegang, meine Arbeit jetzt
- **Was will ich wissen?**
  - Wir möchten erfahren, wie es Ihnen im Moment geht und speziell,
  - ob sich seit Ihrer Erkrankung beim Essen und Trinken etwas verändert hat und
  - ob Sie an Gewicht verloren haben.
- **Was dürfen Sie?**
  - Wenn Sie sich unsicher oder unwohl fühlen, dann müssen Sie meine Frage nicht beantworten.
  - Falls das Gespräch zu anstrengend wird, können wir jederzeit abbrechen.
- **Wie läuft das Gespräch ab?**
  - Ich werde Ihnen Fragen stellen und Sie sagen mir die Antwort.
  - Ich kann jederzeit die Frage wiederholen.
  - Wenn Sie keine Antwort finden, dann sagen Sie mir das einfach. Dann lassen wir die Frage unbeantwortet oder Ihre Bezugsperson kann die Antwort geben.
- **Anleitung für die Bezugsperson**
  - Bitte lassen Sie der demenzkranken Person genügend Zeit, die gestellte Frage zu beantworten.
  - Wenn die demenzkranke Person versucht zu antworten, die Wörter aber nicht findet, dann dürfen Sie unterstützend helfen.
  - Wenn die demenzkranke Person selbst keine Antwort findet, dann bitten wir Sie, die Frage zu beantworten.





2. Sozio-demographische Angaben		Teilnehmer-Nr.	
2.1	<b>Mit wem leben Sie derzeit zusammen (im gleichen Haushalt)?</b> 1) Lebe alleine 2) Mit (Ehe)-Partner 3) Mit Kind(er) 4) Mit Kind(er) und mit (Ehe)-Partner(in) 5) Mit anderen Personen 6) Sonstiges _____(66) 99) Keine Angabe		<b>S</b>          <b>F</b>
2.2	<b>Wie ist die momentane Haushaltssituation?</b> 1) Eigener Haushalt 2) Eigener Haushalt im Haus von Angehörigen 3) Zimmer im Haushalt von Angehörigen 4) Betreutes Wohnen 5) Sonstiges _____(55) 99) Keine Angabe		<b>S</b>          <b>F</b>
2.3	<b>Sind Sie bedingt durch Ihre finanzielle Situation in der Auswahl von Lebensmitteln eingeschränkt?</b> 0) Nie                      1) Selten                      2) Oft                      3) Immer 88) Irrelevant    99) Keine Angabe		<b>S</b>          <b>F</b>

3. Gesundheitszustand		Teilnehmer-Nr.					
3.1	<b>Unter welchen Erkrankungen leiden Sie?</b> Nennen Sie wenn möglich die ärztliche Diagnose(n)						S
		Ja	Nein	kA		F	
	a) Bluthochdruck	(1)	(0)	(99)			
	b) Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	(1)	(0)	(99)			
	c) Koronare Herzkrankheiten	(1)	(0)	(99)			
	d) Herzinfarkt	(1)	(0)	(99)			
	e) Schlaganfall	(1)	(0)	(99)			
	f) periphere Gefäßkrankheit	(1)	(0)	(99)			
	g) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	(1)	(0)	(99)			
	h) Gelenkerkrankungen (Arthrose, Polyarthritis)	(1)	(0)	(99)			
	i) Osteoporose	(1)	(0)	(99)			
	j) Schilddrüsenüberfunktion	(1)	(0)	(99)			
	k) Schilddrüsenunterfunktion	(1)	(0)	(99)			
	l) Erkrankungen der Atemwege	(1)	(0)	(99)			
	m) Gastritis, Magenerkrankungen	(1)	(0)	(99)			
	n) Entzündliche Darmerkrankungen (Colitis)	(1)	(0)	(99)			
	o) Magen- oder Dünndarmulcus	(1)	(0)	(99)			
	p) Chronische Lebererkrankung	(1)	(0)	(99)			
	q) Chronische Nierenerkrankung	(1)	(0)	(99)			
	r) Neurologische Erkrankung	(1)	(0)	(99)			
	s) Parkinson	(1)	(0)	(99)			
	t) Depression	(1)	(0)	(99)			
	u) Bösartiger Tumor / Krebs	(1)	(0)	(99)			
	(uu)						
	v) Sonstige:	(1)	(0)	(99)			
	(vv)						
3.2	<b>Leiden Sie unter</b>	Nie	Selten	Oft	Immer	kA	S
							F
	a) Ödemen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	b) Übelkeit	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	c) Magenschmerzen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	d) Sodbrennen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	e) Blähungen / Völlegefühl	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	f) Verstopfung	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	g) Durchfall	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	h) Mundtrockenheit	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	i) Eingeschränkte Hörfähigkeit	(0)			(3)	(99)	
	j) Eingeschränkte Sehfähigkeit	(0)			(3)	(99)	
	k) Allergie(n)	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
	l) Lebensmittelunverträglichkeit	(0)			(3)	(99)	
	m) Chronischen Schmerzen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)	
3.3	<b>Wenn Sie unter Schmerzen leiden, wie stark war Ihr Schmerz in den letzten sieben Tagen dort, wo es Ihnen am meisten weh tut?</b>						S
	Kein Schmerz	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				Stärkster vorstellbarer Schmerz	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>0</span> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> <span>6</span> <span>7</span> <span>8</span> <span>9</span> <span>10</span> </div>						



4. Gewichtsverlauf		Teilnehmer-Nr.	
4.1	<b>Wie ist momentan</b> (immer messen) Ihr Gewicht _____ kg Ihre Größe _____ cm Ihr Wadenumfang _____ cm <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 10px auto;"></div> BMI (kg/m <sup>2</sup> ):  Legende: Abziehen von Gewicht 0,5 kg: ohne Schuhe, leichte Kleider 1,0 kg: ohne Schuhe, feste Kleider 2,0 kg: mit Schuhen, feste Kleider		
4.2a	<b>Wie hoch war Ihr übliches Gewicht vor der Demenzerkrankung?</b> Ungefähr _____ kg		S F
4.2b	<b>Waren Sie:</b> 1) Ich weiß es nicht <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 2) Dicker                      3) Dünner                      4) Gleich		
4.3	<b>Ist Ihnen die Kleidung in letzter Zeit zu weit geworden?</b> 0) Nein                      1) Ja                      2) Ich weiß nicht 99) Keine Angabe <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		S F
4.4	<b>Wie oft haben Sie sich in den letzten 12 Monaten gewogen?</b> 1) Täglich                      5) Halbjährlich                      99) Keine Angabe 2) 1 x pro Woche                      0) Nie 3) 1 x pro Monat <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 4) Vierteljährlich		S F
4.5	<b>Wenn Sie sich regelmässig wiegen, wie hoch war ihr Gewicht?</b> a) Vor 3 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg b) Vor 6 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg c) Vor 12 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg 88) Irrelevant                      99) Keine Angabe <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		S F
4.6	<b>Wenn Sie an Gewicht verloren haben, war dies erwünscht?</b> 0) Nein                      88) Irrelevant 1) Ja                      99) Keine Angabe <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		S F
4.7	<b>Gab es im vergangenen Jahr belastende Ereignisse?</b> 0) Nein                      1) Ja                      99) Keine Angabe <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <b>Wenn „Nein“ direkt ab Frage 5.1 weiter ausfüllen.</b>		S F

4. Gewichtsverlauf		Teilnehmer-Nr.				
4.8	<b>Wenn „Ja“, welche waren dies?</b> (Ereignisse mit Demenz ausgeschlossen)			<b>S</b>  <b>F</b>		
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		<b>kA</b>	<b>irr.</b>
	a) Verlust des Lebenspartners	(1)	(0)		(99)	(88)
	b) Verlust eines anderen Angehörigen / Freundes	(1)	(0)		(99)	(88)
	c) Umzug	(1)	(0)		(99)	(88)
	d) Schwere Erkrankung / Operation	(1)	(0)		(99)	(88)
	e) Krankenhausaufenthalt	(1)	(0)		(99)	(88)
	f) Sonstiges:	(1)	(0)		(99)	(88)
_____ (ff)						
4.9	<b>Haben diese Ereignisse ihr eigenes Essverhalten negativ beeinflusst?</b>				<b>S</b>  <b>F</b>	
	0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>			
	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>			
4.10	<b>Haben Sie in dieser Zeit ungewollt Gewicht verloren?</b>				<b>S</b>  <b>F</b>	
	0) Nein	88) irrelevant	<input type="text"/>			
	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>			
4.11	<b>Wenn der Gewichtsverlust unerwünscht war, haben Sie etwas unternommen?</b>				<b>S</b>  <b>F</b>	
	0) Nein	88) Irrelevant				
	1) Ja, ich habe versucht die Ernährung zu verändern	99) Keine Angabe				
	2) Ja, ich habe einen Arzt hinzugezogen		<input type="text"/>			
4.12	<b>Wenn „Nein“, warum nicht?</b> Mehrfachantworten sind möglich:				<b>S</b>  <b>F</b>	
	1) Es war für mich in der Situation normal	88) Irrelevant				
	2) Es hat mich nicht beunruhigt	99) Keine Angabe				
	3) Ich wusste nicht was					
	4) Aus meiner Sicht hätte ein Arzt nicht geholfen					
	5) Bisher keine Zeit gehabt		<input type="text"/>			
	6) Sonstiges:					
_____ (66)						
4.13	<b>Wenn ein Arzt hinzugezogen wurde, ist er auf die Gewichtsabnahme und ihre Ernährungssituation eingegangen?</b>				<b>S</b>  <b>F</b>	
	0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>			
	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>			







7. Ernährungssituation: Mundgesundheit		Teilnehmer-Nr.	
7.1 GOHAI	<b>Tragen Sie eine abnehmbare Prothese?</b> 0) Eigene Zähne                      2) Vollprothese 1) Teilprothese                      3) Kein Zahnersatz                      99) Keine Angabe		S F
7.2 GOHAI	<b>Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?</b> 1) Vor 6 Monaten                      99) Keine Angabe 2) Vor 1 Jahr 3) Vor 2 Jahren 4) Vor 5 Jahren 5) Vor mehr als 5 Jahren		S F
7.3	<b>Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?</b> 1) Nach jedem Essen                      99) Keine Angabe 2) 1 bis 2 mal am Tag 3) Seltener		S F
7.4	<b>Wie oft kontrollieren Sie den Mund und die Mundschleimhaut auf Entzündungen, Druckstellen oder Beläge?</b> 0) Nie                      3) Oft 1) Selten                      4) Sehr oft 2) Ab und zu                      99) Keine Angabe                      88) Irrelevant		S F
7.5 GOHAI	<b>Wie oft mussten Sie den Genuss von Nahrungsmitteln aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen oder Ihrer Zahnprothese einschränken?</b> 0) Nie                      3) Oft 1) Selten                      4) Sehr oft 2) Ab und zu                      99) Keine Angabe		S
7.6 GOHAI	<b>Wie oft leiden Sie unter Schwierigkeiten beim Beißen oder Kauen von Nahrungsmitteln, wie z.B. festem Fleisch, Früchte mit Kernen, Nüsse?</b> 0) Nie                      3) Oft 1) Selten                      4) Sehr oft 2) Ab und zu                      99) Keine Angabe		S
7.7	<b>Wie oft leiden Sie unter Schwierigkeiten beim Schlucken?</b> 0) Nie                      3) Oft 1) Selten                      4) Sehr oft 2) Ab und zu                      99) Keine Angabe		S F
7.8	<b>Wenn Sie unter Schluckproblemen leiden, haben Sie diese ärztlich abklären lassen?</b> 0) Nein                      88) Irrelevant 1) Ja                      99) Keine Angabe		S F
7.9	<b>Wenn „Ja“, erhielten Sie Anleitungen über unterstützende Maßnahmen?</b> 0) Nein                      88) Irrelevant 1) Ja                      99) Keine Angabe		S F
7.10	<b>Wenn „Ja“, wurde eine Schlucktherapie bei einer Logopädin verordnet?</b> 0) Nein                      88) Irrelevant 1) Ja                      99) Keine Angabe		S F
7.11	<b>Wenn „Ja“, waren diese Anleitungen hilfreich für Sie?</b> 0) Nein                      88) Irrelevant 1) Ja                      99) Keine Angabe		S F

7.	Ernährungssituation: Mundgesundheit Teilnehmer-Nr.	
7.12	<p data-bbox="268 152 1423 224"><b>Wenn Sie die Schluckprobleme ärztlich nicht abklären liessen, aus welchen Gründen?</b></p> <p data-bbox="268 264 1037 300">88) Irrelevant 99) Keine Angabe</p> <p data-bbox="268 385 740 421">Mehrfachantworten sind möglich:</p> <p data-bbox="268 434 992 680">           1) Es war für mich in der Situation normal            2) Es hat mich nicht beunruhigt            3) Ich wusste nicht was getan werden könnte            4) Aus meiner Sicht hätte der Arzt nicht geholfen            5) Bisher keine Zeit gehabt            6) Sonstiges:         </p> <div data-bbox="1321 609 1423 667" style="border: 1px solid black; width: 64px; height: 26px; margin-left: 600px;"></div> <div data-bbox="1315 775 1369 810" style="margin-left: 600px;">(66)</div>	<p data-bbox="1477 152 1503 188"><b>S</b></p> <p data-bbox="1477 228 1503 264"><b>F</b></p>

8. Wissen / Informationsverhalten		Teilnehmer-Nr.																																								
8.1	<b>Haben Sie sich vor der Erkrankung mit dem Thema „Ernährung“ beschäftigt?</b> 0) Nein      1) Ja      99) Keine Angabe <input type="text"/>		<b>S</b>																																							
8.2	<b>Haben Sie schon Informationen zum Thema „Ernährung bei Demenz“ eingeholt?</b> 0) Nein      1) Ja      99) Keine Angabe <input type="text"/>		<b>S</b>																																							
8.3	<b>Wenn „Ja“, über welche Quelle?</b> Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Verwandte / Bekannte / Freunde</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>b) Andere Betroffene</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>c) Ernährungsberatung</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>d) Hausarzt / Neurologe</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>f) Selbsthilfegruppe</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>g) Radio / Fernsehen</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>i) Internet</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>j) Sonstiges</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>88) Irrelevant</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>99) Keine Angabe</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 750px;" type="text"/>		Nein	Ja	a) Verwandte / Bekannte / Freunde	(0)	(1)	b) Andere Betroffene	(0)	(1)	c) Ernährungsberatung	(0)	(1)	d) Hausarzt / Neurologe	(0)	(1)	e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige	(0)	(1)	f) Selbsthilfegruppe	(0)	(1)	g) Radio / Fernsehen	(0)	(1)	h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher	(0)	(1)	i) Internet	(0)	(1)	j) Sonstiges	(0)	(1)	88) Irrelevant			99) Keine Angabe				<b>S</b>
	Nein	Ja																																								
a) Verwandte / Bekannte / Freunde	(0)	(1)																																								
b) Andere Betroffene	(0)	(1)																																								
c) Ernährungsberatung	(0)	(1)																																								
d) Hausarzt / Neurologe	(0)	(1)																																								
e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige	(0)	(1)																																								
f) Selbsthilfegruppe	(0)	(1)																																								
g) Radio / Fernsehen	(0)	(1)																																								
h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher	(0)	(1)																																								
i) Internet	(0)	(1)																																								
j) Sonstiges	(0)	(1)																																								
88) Irrelevant																																										
99) Keine Angabe																																										
8.4	<b>Gibt es etwas das Ihnen helfen könnte, besser mit der Ernährungssituation umzugehen?</b> 0) Nein, ich habe keinen Bedarf 1) Nein, aus anderen Gründen 2) Ich weiß es nicht 3) Ja, nämlich: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<b>S</b>																																							

Medikamentenliste		Teilnehmer-Nr.			
Medikament	Dosierung	Häufigkeit			
		Mo	Mi	Ab	Spät
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

für den Umgang mit der Ernährungssituation im Alltag: