

Diese Fragen beziehen sich auf Veränderungen in Ihrer Lebensführung seit Ihrer Verletzung. Einige Fragen beziehen sich auf die Zeit vor der Verletzung. Die Fragen können von Ihnen, von einem nahen Angehörigen oder Freund oder von Ihnen gemeinsam beantwortet werden. Wir interessieren uns für Ihre Genesung bis zum heutigen Tag.

Name der verletzten Person: _____ Heutiges Datum: _____

Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat:

Patient allein Angehöriger, Freund oder Betreuer allein
Patient gemeinsam mit Angehörigem, Freund oder Betreuer

Die verletzte Person befindet sich:

Nicht in der Klinik In der Klinik oder einer Pflegeeinrichtung

Beantworten Sie bitte jede Frage durch Ankreuzen des Kästchens , das für Sie zutrifft.

1. Konnten Sie sich vor der Verletzung zuhause selbst versorgen? Ja Nein

2. Benötigen Sie infolge Ihrer Verletzung jetzt Hilfe bei der häuslichen Versorgung? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Ich benötige zuhause weder Hilfe noch die Betreuung anderer
Ich benötige zuhause etwas Hilfe, aber nicht täglich
Ich benötige zuhause täglich Hilfe, könnte mich aber, falls notwendig, mindestens 8 Stunden allein versorgen
Ich könnte mich tagsüber nicht 8 Stunden lang alleine versorgen
Ich benötige zuhause Hilfe, aber nicht aufgrund der Verletzung

3. Waren Sie vor der Verletzung in der Lage, in Geschäften ohne Hilfe einzukaufen? Ja Nein

4. Benötigen Sie infolge Ihrer Verletzung jetzt Hilfe beim Einkaufen in Geschäften? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Ich benötige beim Einkaufen keine Hilfe
Ich benötige etwas Hilfe, kann aber alleine in nahe gelegene Geschäfte gehen
Ich benötige auch beim Einkaufen in der Nähe Hilfe oder kann gar nicht einkaufen gehen
Ich benötige beim Einkaufen Hilfe, aber nicht aufgrund der Verletzung
-

5. Konnten Sie vor der Verletzung ohne Hilfe Fahrten unternehmen? Ja Nein

6. Benötigen Sie infolge Ihrer Verletzung jetzt Hilfe zum Unternehmen von Fahrten? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Zum Unternehmen von Fahrten benötige ich keine Hilfe
Ich benötige etwas Hilfe, komme aber bei kurzen Strecken allein gut zurecht (z. B. durch Bestellung eines Taxis)
Ich benötige auch bei kurzen Strecken Hilfe oder kann überhaupt keine Fahrten unternehmen
Um Fahrten zu unternehmen, benötige ich Hilfe, aber nicht aufgrund der Verletzung
-

7. Beschäftigung vor der Verletzung (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Berufstätig Arbeitssuchend
Hausfrau/ -mann Student
Im Ruhestand Sonstiges (z.B. arbeitsunfähig)

8. Hat sich infolge Ihrer Verletzung Ihre Arbeitsfähigkeit verändert (oder bei Studenten das Studium fortzusetzen; oder die Familie zu versorgen)? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Ich verrichte noch immer dieselbe Arbeit
Ich verrichte noch immer dieselbe Arbeit, habe aber einige Probleme (z. B. Müdigkeit, Konzentrationschwierigkeiten)
Ich arbeite noch immer, aber auf niedrigerem Niveau (z. B. Wechsel von Voll- auf Teilzeit oder mit verändertem Verantwortungsniveau)
Ich bin nicht arbeitsfähig oder kann nur in einer Behindertenwerkstatt arbeiten
Meine Arbeitsfähigkeit hat sich verändert, aber nicht aufgrund der Verletzung
-

9. Haben Sie vor der Verletzung regelmäßig (mindestens einmal wöchentlich) an sozialen Aktivitäten und Freizeitaktivitäten außerhalb des Hauses teilgenommen? Ja Nein

Beispiele für soziale Aktivitäten und Freizeitaktivitäten sind: in Kneipen oder Restaurants gehen, sich im Verein mit Anderen treffen, Freunde besuchen, ins Kino oder zu anderen Veranstaltungen gehen, spazieren gehen, zum Fußballspiel gehen, Sport treiben.

10. Hat sich infolge Ihrer Verletzung Ihre Fähigkeit, an sozialen Aktivitäten und Freizeitaktivitäten außerhalb Ihres Hauses teilzunehmen, verändert? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Ich nehme genauso häufig wie früher teil (die Art der Aktivitäten kann sich gegenüber früher verändert haben)
Ich nehme etwas weniger teil, aber mindestens halb so oft wie früher
Ich nehme deutlich weniger teil (weniger als halb so oft als früher)
Ich nehme überhaupt nicht teil
Meine Fähigkeit teilzunehmen, hat sich aus einem anderen Grund verändert, nicht aufgrund der Verletzung

11. Hatten Sie vor der Verletzung Probleme, mit Freunden oder Angehörigen auszukommen? Ja Nein

12. Gibt es infolge Ihrer Verletzung jetzt Probleme, mit Freunden oder Angehörigen auszukommen? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Die Situation ist im Wesentlichen unverändert
 - Gelegentlich gibt es Probleme (weniger als einmal pro Woche)
 - Es gibt häufig Probleme (einmal pro Woche oder häufiger)
 - Es gibt ständig Probleme (jeden Tag)
 - Es gibt aus einem anderen Grund Probleme, nicht aufgrund der Verletzung
-

13. Gibt es andere verletzungsbedingte Probleme, die Ihren Alltag in der vergangenen Woche beeinträchtigt haben? (Beispiele für Probleme, die manchmal nach Kopfverletzungen berichtet werden: Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Geräusch- oder Lichtempfindlichkeit, Verlangsamung, Gedächtnisausfälle und Konzentrationsprobleme) (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Aktuell habe ich keine Probleme
- Ich habe einige Probleme, mein Alltag wird aber hierdurch nicht beeinträchtigt
- Ich habe einige Probleme, diese beeinträchtigen meinen Alltag
- Ich habe einige Probleme, sie stehen aber nicht in Zusammenhang mit der Kopfverletzung

14. Hatten Sie vor der Verletzung bereits ähnliche Probleme? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- Früher hatte ich keine oder nur geringfügige Probleme
 - Früher hatte ich ähnliche Probleme
-

Gibt es noch andere Anmerkungen, die Sie gerne machen würden?
(Gerne können Sie hierfür auch die Rückseite dieses Blattes verwenden)