

EPOCA - Erfassungsbogen für Post-Covid Assessment

Übersicht

Abschnitt	Fragestellung	Ausgefüllt von	Bereich
Teil 1: Demographische und Klinische Hintergrundinformationen			
°)	o	o)
"	8	= # #h	o)-)
#) #	= # h	o)
Teil 2: Arbeits- und Versicherungssituation			
°	°	= # h	o)
"	-	o	† U-)
#	- k	o	† U-)
)	†	= # h o	† U-)
Teil 3: Funktionelle Einschränkungen			
°	o U	o	8
"	h # \ † @) 7 o	o h # 7 o	8
Teil 4: Symptome der Covid-19 Erkrankung & Behandlung			
°	O o "	= # h	8 @
"	° "		
Teil 5: Fragebögen			
°	° 8	o	8 @
"	‡ 8	o	8 @
#	- 7 o o	o	h
)	M ° U o	= # h	h u
-	° # k j 7	o	h
7	M 7) u	= # h	M h
8	h ‡ 7 ‡	o	h \
Teil 6: Empfehlung / weitere Massnahmen			
°	7	= # h	† U-)
"	k		
#	°		
)	‡		
-			

= # h = # †
o) o
M h M h
† U-) †
8 @ 8 @
h h
h h

Teil 1: Demographische und Klinische Hintergrundinformationen

Versicherungsnummer:
Name:

1.A. Demographie

Alter _____
 Geschlecht _____
 Grösse / Gewicht _____
 Höchste abgeschlossene Ausbildung _____
 Muttersprache _____
 Zivilstand _____

1.B. Gesundheitszustand vor der akuten Covid-19 Erkrankung

	Ja	Nein	
Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Nierenkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Leberkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Neurologische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Immunschwäche/-Defizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychiatrische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			
Übergewicht (BMI >30 kg/m ²)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Gesundheitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			
Raucher (früher, aktuell, nie)	Früher	Aktuell	Nie
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien – bitte präzisieren	Ja	Nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			

1.C. Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Datum des Beginns der Symptome tt/mm/jjj
 Datum der Diagnosestellung tt/mm/jjj
 Mit welchem Test wurde die Diagnose gestellt
PCR, Schnelltest, andere (bitte angeben) _____
 Schwere der akuten Covid-19 Erkrankung _____
(Hospitalisiert / Sauerstoffgabe / MV / medikamentöse Behandlung)

Teil 2: Arbeits- und Versicherungssituation

2.A. Arbeitssituation

Aktuelle Tätigkeit	<hr/>		
Anstellungsverhältnis	angestellt	selbständig	andere
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn andere, bitte präzisieren:	<hr/>		
Arbeitspensum	<hr/>		
Angabe in % oder Stunden / Woche	<hr/>		
Körperliche Beanspruchung bei der Arbeit	leicht	mittel	schwer
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geistige Beanspruchung bei der Arbeit	leicht	mittel	schwer
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeit zur Anpassung der Beanspruchung in der Berufstätigkeit	ja	nein	weiss nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahrgenommene Einschränkungen bei der Arbeit	ja	nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angst vor Stellenverlust	ja	nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2.B. Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten:
Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?
(0 bedeutet, dass Sie derzeit ganz arbeitsunfähig sind)

1-10:

2.C. Erwartungen bezüglich Rückkehr zur Arbeit

Ich glaube, dass ich fähig sein werde, meine bisherigen Aufgaben bei der Arbeit wieder zu erfüllen und an meine Arbeit zurückzukehren	Ja	Nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.D. Versicherungssituation

Wenn Sie Taggelder beziehen, welche Versicherung ist involviert (Krankentaggeld, Unfallversicherung)	KTG	UV	keine
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derzeitiger Grad der Arbeitsunfähigkeit in %	<hr/>		
Seit wie vielen Tagen besteht die Krankschreibung	<hr/>		
Seit wie vielen Tagen erhalten Sie Krankentaggelder	<hr/>		
Ist eine Begutachtung geplant/angekündigt	Ja	Nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist die Invalidenversicherung involviert, falls ja, wie (Berufseingliederungsmassnahmen, Rente)	<hr/>		
Erlebten Sie Probleme mit der Versicherung bezüglich Ihrer Erkrankung (z.B. Übernahme der Heilbehandlungskosten, Rehamassnahmen, Taggelder etc.)	Ja	Nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Teil 3: Funktionelle Einschränkungen**3.A. Selbständigkeit, Möglichkeit, sich selbst zu versorgen**

- gleich wie vor Covid-19
- schlechter als vor Covid-19
- besser als vor Covid-19
- weiss nicht

3.B. Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

Wie stark sind Sie derzeit in Ihrem Alltag von COVID-19 betroffen?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.

	Entsprechende Note auf der PCFS-Skala, wenn das Kästchen angekreuzt ist	
Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome, Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion.	<input type="checkbox"/>	0
Ich habe vernachlässigbare Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich alle üblichen Pflichten/Aktivitäten ausführen kann, obwohl ich immer noch anhaltende Symptome, Schmerzen oder Angstzustände habe.	<input type="checkbox"/>	1
Ich leide unter Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich gelegentlich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten gewöhnliche Pflichten/Aktivitäten vermeiden oder reduzieren oder über die Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung auszuführen.	<input type="checkbox"/>	2
Ich leide unter Einschränkungen in meinem Alltag, da ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten nicht in der Lage bin, alle üblichen Aufgaben/Aktivitäten auszuführen. Ich bin jedoch in der Lage, mich ohne jede Hilfe um mich selbst zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	3
Ich leide unter schweren Einschränkungen in meinem Alltag: Ich bin nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen, und deshalb bin ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten auf die Pflege und/oder Hilfe einer anderen Person angewiesen.	<input type="checkbox"/>	4

Teil 4: Symptome der Covid-19 Erkrankung

4.A. Liste Symptome/Beschwerden

Verspüren Sie (aktuell) irgendwelche der untenstehenden Symptome/Beschwerden?

Symptom	Ja, gelegentlich			Bereits vor Covid-19 Erkrankung bestehend	Nach Covid-19 Erkrankung verschlimmert
	Ja, ständig	Nein			
Druck auf dem Brustkorb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckungen der Arme/Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkschmerzen / -schwellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit / Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheit / Kribbelgefühle (z.B. in den Fingern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hartnäckiger trockener Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anhaltende Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme mit dem Sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schluckprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschränkung des Riechens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschränkung des Schmeckens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausausschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelsteifigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mühe mit der Konzentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwäche (Arme, Beine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erektionsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes (bitte angeben)					

4.B. Aktuelle Behandlung

Wurde aufgrund von Symptomen oder Komplikationen nach der Infektion eine der folgenden Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	
1. Psychologische Beratung und Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Rehabilitation der Lunge/Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Allgemeine körperliche Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Andere (bitte angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<hr/>			
Haben diese Therapien geholfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (listen Sie bitte alle Medikamente auf)

Teil 5: Fragebögen**5.A. Allgemeiner Gesundheitszustand****“Gefühls-Thermometer”**

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit **HEUTE** ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte klicken Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

**5.B. Wahrgenommene Genesung****Wie schätzen Sie Ihre Erholung von der Covid-19 Erkrankung ein?**

Wie fühlen Sie sich jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt, als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus festgestellt wurde?

- 1. Sie sind **vollständig** genesen und symptomfrei
- 2. Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund (**nicht so wie vorher**)
- 3. Es geht Ihnen weder besser noch schlechter, **Sie sind immer noch gleich krank**
- 4. Es geht Ihnen schlechter

5.C. Ermüdung: Fatigue Severity Scale (FSS)

Bitte kreisen Sie die Zahl zwischen 1 und 7 ein, die Ihrer Meinung nach am besten zu den folgenden Aussagen passt. Dies bezieht sich auf Ihre übliche Lebensweise in der letzten Woche. 1 bedeutet "trifft nicht zu" und 7 bedeutet "trifft voll zu".

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	trifft NICHT zu						trifft VOLL zu
	1	2	3	4	5	6	7
Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin schnell erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mittelwert: _____

Bei der Fatigue Severity Scale müssen die Patienten jede Aussage auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 7 (trifft voll zu) bewerten. Der Therapeut berechnet im Anschluss den Mittelwert. Ein Mittelwert über 5 weist auf deutliche Fatigue hin.

5.D. Kraft/Ausdauer: 1. Minute Sitzen zu Stehen Test**Anweisung:**

„Stehen Sie 1 Minute lang von diesem Stuhl auf und setzen sich ohne Pause wieder hin. Achten Sie darauf, dass die Knie beim Aufstehen gestreckt und beim Sitzen zu ca. 90 Grad gebeugt werden. Sie dürfen beim Aufstehen Ihre Arme nicht (aktiv) zu Hilfe zu nehmen. Kreuzen Sie diese vor dem Körper.“

Test:

Konnte der Test durchgeführt werden?

Ja Nein

Ja → wie viele Zyklen Sitzen/Aufstehen von einem Stuhl waren in 1 Minute möglich:

Nein der Patient hat das nicht durchgeführt

der Arzt hat entschieden, dass der Test nicht durchgeführt werden kann

5.E. Fragebogen zur Atemnot: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Tätigkeiten, die bei manchen Menschen mit Lungenproblemen Kurzatmigkeit hervorrufen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Tätigkeiten die Antwort an, die am besten beschreibt, wie stark in den LETZTEN 2 WOCHEN Ihre Kurzatmigkeit war, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit ausgeübt haben.

Das Kästchen in der letzten Spalte kreuzen Sie bitte an, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit in den letzten zwei Wochen NICHT AUSGEÜBT haben.

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Tätigkeiten	Extreme Kurzatmigkeit	Starke Kurzatmigkeit	Ziemliche Kurzatmigkeit	Mässige Kurzatmigkeit	Leichte Kurzatmigkeit	Sehr leichte Kurzatmigkeit	Gar keine Kurzatmigkeit	Nicht ausgeübt
1	Gefühle Wie z. B. Ärger oder Verdruss	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Sich um Ihre Grundbedürfnisse kümmern (baden, duschen, essen oder sich anziehen)	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Zu Fuss gehen	1	2	3	4	5	6	7	8
4	Aufgaben im Haushalt erledigen (z.B. Hausarbeit, Lebensmittel einkaufen)	1	2	3	4	5	6	7	8
5	Kontakte und Unternehmungen mit anderen Menschen	1	2	3	4	5	6	7	8

Auswertung CRQ

Mindestens 3 von 5 Fragen müssen beantwortet werden, um den Score zu berechnen. Es werden nur die Werte 1-7 gezählt. Der Score entspricht dem Mittelwert d.h. die Summe der Werte aller beantworteten Fragen, geteilt durch die Anzahl Fragen.

Beispiel mit 5 beantworteten Fragen: $4 + 5 + 4 + 3 + 4 = 20 / 5 = \text{Score } 4$

Beispiel mit 3 beantworteten Fragen: $2 + 3 + 4 = 9 / 3 = \text{Score } 3$

5.F. Fragebogen zur kognitiven Funktion: DemTect

1. Wortliste

„Ich werde Ihnen jetzt langsam eine Liste von 10Worten vorlesen. Danach wiederholen Sie bitte möglichst viele dieser Worte. Auf die Reihenfolge kommt es nicht an.“ (erste Wortliste)

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Vielen Dank. Nun nenne ich Ihnen die gleichen 10Worte ein zweites Mal. Auch danach sollen Sie wieder möglichst viele Worte wiederholen.“

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtig erinnerte Begriffe (max.20)

2. Zahlen-Umwandeln

„Wie Sie in dem Beispiel sehen können, kann man die Ziffer „5“ auch als Wort „fünf“ schreiben und das Wort „drei“ auch als Ziffer „3“ schreiben. Ein Teil der Aufgabe ist so, wie wenn Sie einen Scheck ausfüllen würden. Ich bitte Sie nun, die Ziffern in Worte und die Worte in Ziffern zu schreiben.“

Beispiel: 5 = fünf drei = 3

209 =	
4054 =	
sechshunderteinundachtzig =	
zweitausendsiebenundzwanzig =	

Richtige Antworten (max.4)

3) Supermarktaufgabe

„Nennen Sie mir bitte so viele Dinge wie möglich, die man im Supermarkt kaufen kann.Sie haben dafür eine Minute Zeit.“

Genannte Begriffe (max.30)

4) Zahlenfolge rückwärts

„Ich werde Ihnen jetzt eine Zahlenreihe nennen, die Sie mir dann bitte in umgekehrter Reihenfolge wiederholen sollen.Wenn ich beispielsweise „vier-fünf“ sage, dann sagen Sie bitte „fünf-vier“ .

1 .Versuch	2.Versuch	Wertung
7-2	8- 6	2
4-7-9	3-1 -5	3
5-4-9-6	1 -9-7-4	4
2-7-5-3-6	1 -3-5-4-8	5
8-1 -3-5-4-2	4-1 -2-7-9-5	6

Längste richtige rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max.6)

5) Erneute Abfrage der Wortliste

„Ganz am Anfang dieses Tests habe ich Ihnen 10 Worte genannt. Können sie sich noch an diese Worte erinnern?“

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtig erinnerte Begriffe (max.10)

Auswertung:

Punktzahl	Diagnose	Handlungsempfehlung
13-18	altersgemäße kognitive Leistung	nach 12 Monaten bzw.bei Auftreten von Problemen erneut testen
9-12	leichte kognitive Beeinträchtigung	nach 6 Monaten erneut testen - Verlauf beobachten
< 8	Demenzverdacht	weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten

Umrechnungstabellen

Wortliste					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
< 7	< 6	< 9			0
8-10	7-8	10-11			1
11-12	9-10	12-13			2
> 13	> 11	>14			3
Zahlen-Umwandeln					
Anzahl richtiger Umwandlungen					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	< 1			0
1-2	1-2	2			1
3	3	3			2
4	4	4			3
Supermarkt-Aufgabe					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0-12	0-5	<17			0
13-15	6-9	18-22			1
16-19	10-15	23-27			2
> 20	> 16	>28			4
Zahlenfolge rückwärts					
Länge der Zahlenfolge					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	<2			0
2-3	2	3			1
4	3	4			2
> 5	> 4	5			3
Verzögerter Abruf					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	<4			0
1-3	1-2	5			1
4-5	3-4	6			2
		7			3
> 6	> 5	>8			5

5.G. Fragebogen zur Selbsteinschätzung des aktuellen psychischen Wohlbefindens:

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Interpretation:

Total score: (Totale Punktzahl)

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 grösstes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

Den Prozentwert von 0 -100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das beste.

Teil 6: Empfehlung / weitere Massnahmen

6.A. Fachmedizinische Abklärung

Fachmedizinische Abklärung oder Behandlung erforderlich:

Überweisung an: _____
für: _____

6.B. Rehamassnahme

ambulant welche: _____
wo: _____
stationär welche: _____
wo: _____

Rehaziele: _____

6.C Arbeitstraining

Ziele des Trainings: _____
Dauer/Umfang: _____

Beim bisherigen Arbeitgeber möglich ja nein ?
Unterstützung für Organisation Arbeitstraning nötig ja nein

6.D Wiederaufnahme der Arbeit

war nie, oder ist nicht mehr eingeschränkt
 uneingeschränkt möglich ab wann _____
 eingeschränkt möglich ab wann _____
wieviele Stunden pro Tag/Woche _____
Einschränkungen: _____

nicht möglich

6.E Anderes

Keine Massnahmen nötig. Bisherige Arbeitstätigkeit weiterführen.
 Anpassung aktuelle Arbeitstätigkeit. Wie: _____
Sind weitere, andere Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation nötig? ja nein
welche: _____
Bemerkungen: _____

Datum _____ Sign. _____