



EPOCA – Evidence-Based Post-COVID-19 Assessment

Untersuchungseinheiten

Patientenfragebögen	Seiten 2 - 9
HCP Interview	Seiten 10 - 16
Kognitive Funktion – DemTect	Seiten 17 - 20
Kraft / Ausdauer Test	Seite 20

Untersuchungsdatum und -zeit:

Patientenangaben

Persönliche Angaben | Details zur Coronavirus-Impfung | Arbeits- und Versicherungssituation | Gesundheitszustand und Genesung | Psychisches Wohlbefinden | Ermüdung | Atemnot | Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

*Wir bitten Sie die folgenden Fragen selbst auszufüllen.
Bitte lesen Sie immer die einleitenden Text, das ist sehr wichtig, denn manchmal ändert sich der Zeitraum, auf den sich die Fragen beziehen.
Mit den Buttons am Ende der Seite kommen Sie jeweils zur nächsten Seite.
Wenn Sie fertig sind, geben Sie bitte Bescheid.*

Geschlecht: Weiblich Männlich

Alter (JJ):

Körpergröße (cm):
(ganze cm)

Gewicht (kg):
(ganze kg)

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

- Kein Schulabschluss/Primarschule
- Sekundarstufe 1 (9 Schuljahre)
- Sekundarstufe 2 (Gymnasium,
Fachmittelschule, Berufsmittelschule)
- Ohne beruflichen Abschluss
- Anlehre oder Attestausbildung (2 Jahre)
- Berufsabschluss auf Sekundarstufe II
- Berufsabschluss auf Tertiärstufe
- Studium auf Tertiärstufe

Wieviele Jahre waren Sie in Ausbildung?
(Schuljahre + Jahre Berufsausbildung)

Muttersprache:

- Zivilstand:
- Ledig
 - Verheiratet in 1. Ehe
 - Verheiratet in 2. Ehe
 - Verheiratet in 3. oder weiterer Ehe
 - Geschieden
 - Getrenntlebend
 - Verwitwet

Persönliche Angaben

Details zur Coronavirus-Impfung

Arbeits- und Versicherungssituation

Gesundheitszustand und Genesung

Psychisches Wohlbefinden

Ermüdung

Atemnot

Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

Keine Impfung? Keine Impfung

- | | | | | | | |
|---------------|----------------------|--------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Impfung am | <input type="text"/> | - Impfstoff: | <input type="radio"/> Moderna | <input type="radio"/> Pfizer/BioNTech | <input type="radio"/> Novavax | <input type="radio"/> Anderer |
| 2. Impfung am | <input type="text"/> | - Impfstoff: | <input type="radio"/> Moderna | <input type="radio"/> Pfizer/BioNTech | <input type="radio"/> Novavax | <input type="radio"/> Anderer |
| 3. Impfung am | <input type="text"/> | - Impfstoff: | <input type="radio"/> Moderna | <input type="radio"/> Pfizer/BioNTech | <input type="radio"/> Novavax | <input type="radio"/> Anderer |
| 4. Impfung am | <input type="text"/> | - Impfstoff: | <input type="radio"/> Moderna | <input type="radio"/> Pfizer/BioNTech | <input type="radio"/> Novavax | <input type="radio"/> Anderer |
| 5. Impfung am | <input type="text"/> | - Impfstoff: | <input type="radio"/> Moderna | <input type="radio"/> Pfizer/BioNTech | <input type="radio"/> Novavax | <input type="radio"/> Anderer |

Unterbrechen

<< Vorherige Seite

Nächste Seite >>

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?

- Bitte wählen +

(0 bedeutet, dass Sie derzeit ganz arbeitsunfähig sind)

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 Unsicher Nein

Versicherungssituation

Wenn Sie Taggelder beziehen, welche Versicherung ist involviert?

KTG UV Keine

(KTG Krankentaggeld, UV Unfallversicherung)

Derzeitiger Grad der Arbeitsunfähigkeit in %:

- Bitte wählen +

Seit wie vielen Tagen besteht die Krankschreibung?

- Bitte wählen +

Seit wie vielen Tagen erhalten Sie Krankentaggelder?

- Bitte wählen +

Ist eine Begutachtung geplant oder angekündigt?

Ja Nein

Ist die Invalidenversicherung involviert?
Falls ja, wie?

Nicht involviert Berufseingliederungsmassnahmen Rente Begutachtung läuft Anders

Erlebten Sie Probleme mit der Versicherung bezüglich Ihrer Erkrankung?

Ja Nein

(z.B. bei Übernahme der Heilbehandlungskosten, Rehamassnahmen, Taggelder etc.)

Unterbrechen

<< Vorherige Seite

Nächste Seite >>

Allgemeiner Gesundheitszustand

“Gefühls-Thermometer”

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

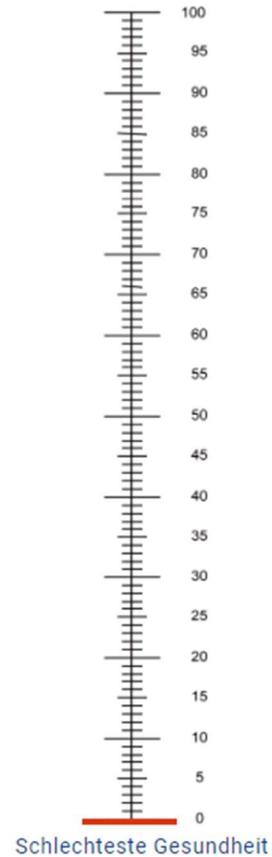
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

- 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.

Beste Gesundheit



Wahrgenommene Genesung

Wie schätzen Sie Ihre Erholung von der Covid-19 Erkrankung ein?

- 1. Ich bin vollständig gesund und symptomfrei.
- 2. Es geht mir viel besser, aber ich bin noch nicht ganz gesund.
- 3. Es geht mir etwas besser.
- 4. Es geht mir weder besser noch schlechter (unverändert).
- 5. Es geht mir etwas schlechter.
- 6. Es geht mir viel schlechter.

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

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.

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
In den letzten zwei Wochen ...						
... war ich froh und guter Laune.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit Covid-19 fühle ich mich sozial isoliert:	Nie <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	Häufig <input type="radio"/>	Immer <input type="radio"/>	

Fatigue Severity Scale

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.
Die Aussagen beziehen sich auf Ihre übliche Lebensweise in der letzten Woche.

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

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.

Kurzatmigkeit ->	Extreme	Starke	Ziemliche	Mässige	Leichte	Sehr leichte	Gar keine	Nicht ausgeübt
Gefühle wie z.B. Ärger oder Verdruss	<input type="radio"/>							
Sich um Ihre Grundbedürfnisse kümmern (baden, duschen, essen oder sich anziehen)	<input type="radio"/>							
Zu Fuss gehen	<input type="radio"/>							
Aufgaben im Haushalt erledigen (z.B. Hausarbeit, Lebensmittel einkaufen)	<input type="radio"/>							
Kontakte und Unternehmungen mit anderen Menschen	<input type="radio"/>							

CRQ Beurteilung:

Unterbrechen

<< Vorherige Seite

Nächste Seite >>

Persönliche Angaben

Details zur Coronavirus-Impfung

Arbeits- und Versicherungssituation

Gesundheitszustand und Genesung

Psychisches Wohlbefinden

Ermüdung

Atemnot

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.

- Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome, Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Unterbrechen

<< Vorherige Seite

Fertig

Interview

Kurzreport

Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Symptome der Covid-19 Erkrankung

Aktuelle Behandlung

Gesundheitszustand vor akuter Erkrankung

Arbeitssituation

Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Datum des Beginns der Symptome

Datum der Diagnosestellung

Mit welchem Test wurde die Diagnose gestellt

PCR-Test aus dem Labor

Schnelltest in Praxis, Apotheke oder Testzentrum

Schnelltest zu Hause

Anderer

Mussten Sie aufgrund der Durchbruchinfektion mit dem Coronavirus stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden? Ja Nein

Falls "Ja":

- Mussten Sie auf der Intensivstation behandelt werden? Ja Nein

- Haben Sie zusätzlichen Sauerstoff erhalten? Ja Nein

- Wurden Sie mechanisch beatmet (Beatmungsschlauch/Beatmungsgerät)? Ja Nein

Wurde bei Ihnen das Coronavirus nochmals in einem der durchgeführten Abstrichtests nachgewiesen (d.h. mittels PCR-Test oder Schnelltest)? Ja Nein

Falls "Ja":

Wann wurde bei Ihnen die erneute Infektion mit dem Coronavirus festgestellt?

Liste Symptome / Beschwerden

	Nein	Ständig	Gelegentlich	Vorbestehend	Verschlimmert
Appetitverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck / Engegefühl / Schmerzen auf dem Brustkorb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall oder Stuhlnregelmässigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung des Riechens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung des Schmeckens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ständig	Gelegentlich	Vorbestehend	Verschlimmert
Gelenksschmerzen /-schwellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartnäckiger Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen /-stolpern /-rasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ständig	Gelegentlich	Vorbestehend	Verschlimmert
Mühe mit der Konzentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelsteifigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Sehen (z.B. Flimmern, Blitze)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühle oder Balancestörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Müdigkeit oder Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ständig	Gelegentlich	Vorbestehend	Verschlimmert
Taubheit / Kribbelgefühle (z.B. in den Fingern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit / Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	-	-	-		
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckungen der Arme / Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Symptome und Bemerkungen	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 250px; width: 100%;"></div>				

Kurzreport

Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Symptome der Covid-19 Erkrankung

Aktuelle Behandlung

Gesundheitszustand vor akuter Erkrankung

Arbeitsituation

Aktuelle Behandlung

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

Psychologische / Psychiatrische Beratung und Betreuung Ja Nein

Physiotherapie Ja Nein

Ergotherapie Ja Nein

Rehabilitation der Lunge / Atemwege Ja Nein

Allgemeine körperliche Rehabilitation Ja Nein

Medikamente Ja Nein

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

Andere Behandlung (bitte angeben)

Alternativmedizin Ja Nein

Falls "Ja", bitte angeben:

Haben diese Therapien geholfen? Ja Nein Wenig

Gesundheitszustand vor der akuten Covid-19 Erkrankung

Krebs	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Falls "Ja": Derzeit in Chemotherapie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Chronische Herzkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Chronische Nierenkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Chronische Leberkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Chronisch obstruktiv Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Chronische Neurologische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Krankheiten oder Behandlungen, die das Immunsystem schwächen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Autoimmunerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Übergewicht (BMI >30 kg/m ²)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Psychiatrische Probleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Falls "Ja", bitte angeben:	<input type="text"/>		
Allergien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Falls "Ja", welche:	<input type="text"/>		
Andere Gesundheitsprobleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Falls "Ja", bitte präzisieren:	<input type="text"/>		
Raucher	<input type="radio"/> Früher	<input type="radio"/> Aktuell	<input type="radio"/> Nie

Kurzreport

Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Symptome der Covid-19 Erkrankung

Aktuelle Behandlung

Gesundheitszustand vor akuter Erkrankung

Arbeitsituation

Arbeitsituation

Aktuelle Tätigkeit

Anstellungsverhältnis

Angestellt

Selbständig

Anderes

Falls anderes, bitte präzisieren:

Arbeitspensum

Angabe in % oder Stunden pro Woche.
Bitte mit % oder std kenntlich machen.

Körperliche Beanspruchung bei der Arbeit

Leicht

Mittel

Schwer

Geistige Beanspruchung bei der Arbeit

Leicht

Mittel

Schwer

Möglichkeit zur Anpassung der Beanspruchung in
der Berufstätigkeit

Ja

Nein

Unklar

Wahrgenommene Einschränkungen bei der Arbeit

Ja

Nein

Angst vor Stellenverlust

Ja

Nein

Unterbrechen

<< Vorherige Seite

Fertig

- 1. Wortliste
- 2. Zahlen-Umwandeln
- 3. Supermarktaufgabe
- 4. Zahlenfolge rückwärts
- 5. Erneute Abfrage der Wortliste
- 6. Auswertung

Wortliste

Erste Wortliste

- Wortliste vorlesen, wiederholen lassen und richtige Antworten dokumentieren.
- 2 Durchgänge. Am Ende des DemTect überprüfen.
- Instruktion: "Ich werde Ihnen jetzt langsam eine Liste von 10 Worten vorlesen. Danach wiederholen Sie bitte möglichst viele dieser Worte. Auf die Reihenfolge kommt es nicht an."

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum Kein Punkt

Zweite Wortliste

- Instruktion: "Vielen Dank. Nun nenne ich Ihnen die gleichen 10 Worte ein zweites Mal. Auch danach sollen Sie wieder möglichst viele Worte wiederholen."

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum Kein Punkt

- 1. Wortliste
- 2. Zahlen-Umwandeln
- 3. Supermarktaufgabe
- 4. Zahlenfolge rückwärts
- 5. Erneute Abfrage der Wortliste
- 6. Auswertung

Zahlen-Umwandeln

Instruktion: „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 = zweihundertneun | <input type="radio"/> Richtig | <input type="radio"/> Falsch |
| 4054 = viertausendvierundfünfzig | <input type="radio"/> Richtig | <input type="radio"/> Falsch |
| sechshunderteinundachtzig = 681 | <input type="radio"/> Richtig | <input type="radio"/> Falsch |
| zweitausendsiebenundzwanzig = 2027 | <input type="radio"/> Richtig | <input type="radio"/> Falsch |

1. Wortliste

2. Zahlen-Umwandeln

3. Supermarktaufgabe

4. Zahlenfolge rückwärts

5. Erneute Abfrage der Wortliste

6. Auswertung

Supermarktaufgabe

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

Timer: **01:00**

Anzahl genannte Begriffe:

(max. 30)

Zahlenfolge Rückwärts

Instruktion: „Ich werde Ihnen jetzt Zahlenreihen nennen, die Sie mir bitte im Anschluss in umgekehrter Reihenfolge wiederholen. Wenn ich beispielsweise „vier-fünf“ sage, dann sagen Sie bitte „fünf-vier“.“

Wir beginnen mit zwei Zahlen und werden schrittweise länger.

Für jede Reihenlänge haben Sie zwei Versuche. Bei der ersten falschen Zahl wird der Versuch beendet.“

7 — 2	2	7				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8 — 6	6	8				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4 — 7 — 9	9	7	4			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 — 1 — 5	5	1	3			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 — 4 — 9 — 6	6	9	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 — 9 — 7 — 4	4	7	9	1		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 — 7 — 5 — 3 — 6	6	3	5	7	2	
	<input type="checkbox"/>					
1 — 3 — 5 — 4 — 8	8	4	5	3	1	
	<input type="checkbox"/>					
8 — 1 — 3 — 5 — 4 — 2	2	4	5	3	1	8
	<input type="checkbox"/>					
4 — 1 — 2 — 7 — 9 — 5	5	9	7	2	1	4
	<input type="checkbox"/>					

Keinen Punkt

Erneute Abfrage der Wortliste

Instruktion: „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 Kein Punkt

Unterbrechen << Vorherige Seite Nächste Seite >>

Kraft / Ausdauer: 1 Minute Sitzen zu Stehen Test

Instruktion: „Stehen Sie innerhalb 1 Minute so oft Sie können 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. Sie dürfen Ruheperioden einbauen, um die Übung innerhalb der Zeit durchzuführen.“

Der Test dauert 1 Minute. **01:00**

Wie viele Zyklen Sitzen - Aufstehen von einem Stuhl waren in 1 Minute möglich?

- +

Falls der Test nicht durchgeführt werden konnte:

- Der Patient hat den Test nicht durchgeführt.
 Der Arzt hat entschieden, dass der Test nicht durchgeführt werden kann.

Begründung: