

Sie können sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen vom Studienpersonal unterstützen lassen.

## Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt?

- Nein
- Kann mich nicht erinnern
- Ja
- Falls ja, haben Sie sich dabei verletzt, so dass Sie ärztlich behandelt werden mussten?
- Nein
- Ja
- Kann mich nicht erinnern

*Hinweis: Wenn Sie nachlesen möchten, was ein Sturz ist, können Sie die Erklärung im Wörterverzeichnis (Glossar) der Patienteninformation nachschlagen.*

## Benutzen Sie eine Geh-Hilfe?

- Nein
- Manchmal
- Immer
- } Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:
- Handstock  Unterarm-gehstütze  Rollator  Rollstuhl  Anderes

## Haben Sie Sehprobleme, die durch eine Brille nicht ausreichend korrigiert sind?

- Deutlich
- Etwas
- Nein

## Haben Sie Probleme beim Hören, die sie bei Ihren Alltagstätigkeiten einschränken?

- Deutlich
- Etwas
- Nein

## Haben Sie eine Schwindelerkrankung, die Ihr Gleichgewicht beeinträchtigt?

- Deutlich
- Etwas
- Nein

## Haben Sie Schwierigkeiten beim Gehen durch Probleme in den Hüften, Knien, Fußgelenken oder im Rücken?

- Deutlich
- Etwas
- Nein

**Kreuzen Sie bitte in der folgenden Liste Ihre Erkrankungen an.**

- Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, arterielle Durchblutungsstörungen der Beine)
- Orthostase-Syndrom (z.B. Schwindel, Herzklopfen oder Ohrensausen beim raschen Aufstehen)
- Atemwegserkrankung (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Asthma)
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Osteoporose (Knochenschwund)
- Andere innere Erkrankung (beispielsweise der Verdauungsorgane, z. B. Magen, Leber, Darm; der Nieren; des blutbildenden Systems; des Stoffwechsels, z.B. Schilddrüse)
- Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände)
- Langandauernde Schlaflosigkeit oder Schlafprobleme
- Schlaganfall
- Parkinson (Schüttelkrankheit)
- Multiple Sklerose
- Polyneuropathie (z.B. Missempfindungen an den Füßen, Kribbeln, Pelzigkeitsgefühl)
- Andere Erkrankung des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Migräne)
- Gelenkverschleiß (Arthrose) in der Hüfte, den Knien oder den Fußgelenken, die Sie in Ihren täglichen Aktivitäten einschränkt:
  - In den Knien
  - In den Hüften
  - In den Fußgelenken
- Andere Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. dauerhafte Rückenschmerzen, Rheuma)

*Besprechen Sie diese Liste Ihrer Erkrankungen mit Ihrem Studienarzt oder Ihrer Studienärztin und lassen Sie ihn oder sie im Folgenden unterschreiben!*

Studienarzt/Studienärztin: Ich habe die Diagnosen mit der Patientin oder dem Patienten abgesprochen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Studienarzt/Studienärztin

**Treiben Sie Sport (z.B. Walking/schnelles Gehen, Wandern, Jogging, Gymnastik, Tennis, Skilanglauf, schnelleres Fahrrad fahren, Fitness Studio)?**

- Nein
- Einmal im Monat
- Einmal pro Woche
- Mehrmals pro Woche

## Soziale Aktivität

**Wie viel Kontakt zu anderen Menschen haben Sie durch Ihre Wohnsituation?**

- Ich lebe allein
- Ich lebe zusammen mit Ehepartner, Familienmitglied, Familie oder Freunden
- Ich lebe in einer anderen Wohnsituation (z.B. Seniorenheim, betreutes Wohnen)

**Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Nachbarn, Freunden oder Familienmitgliedern, mit denen Sie nicht im selben Haushalt leben (Persönliche Treffen oder Telefonate oder Briefe oder E-mails)?**

- Weniger als einmal pro Monat
- Mehrmals pro Monat
- Mehrmals pro Woche

**Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit weiteren Personen, z.B. im Verein, Musikgruppe, religiöse Gemeinschaft, ehrenamtliche Tätigkeit, Sprachkurs, Kochkurs oder Ähnliches?**

- Weniger als einmal pro Monat
- Mehrmals pro Monat
- Mehrmals pro Woche