

Office Use:

EDAQ:D

Fragebogen zur Bewertung von täglichen Aktivitäten



NAME: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ (dd/mm/jjjj) Patient Nummer: _____

Therapeut/Personal Name: _____ Datum abgeschlossen: ____/____/____ (dd/mm/jjjj)

The Evaluation of Daily Activity Questionnaire (EDAQ): Teile1 und 2: Deutsch.

Die deutsche Übersetzung und Erprobung des EDAQ wurde durch einen EULAR Health Professions Research Grant finanziert.

Copyright:

The German Evaluation of Daily Activity Questionnaire (EDAQ) is available under a Creative Commons license (Attribution-Non Commercial-No Derivs CC BY-NC-ND) and can be copied for clinical, research and educational purposes. No part of the EDAQ can be modified without prior permission of the lead author. For commercial use, electronic or hard copy or queries, contact the lead author:

a.hammond@salford.ac.uk or profalisonhammond@btinternet.com

Die Deutsche EDAQ ist bei: <http://usir.salford.ac.uk/46276>

Das EDAQ-Benutzerhandbuch sowie Ergänzungen und Support-Materialien finden Sie unter:

<http://usir.salford.ac.uk/30752/>

und Rasch transformation unter <http://usir.salford.ac.uk/39445/> und <http://usir.salford.ac.uk/39446/>

oder

http://usir.salford.ac.uk/view/authors/10108.html#group_monograph

und die persönliche Website des Hauptautors www.profalishammond.com (in Entwicklung)



Informationen zu den Fragebogen

Der EDAQ (Fragebogen zur Bewertung von täglichen Aktivitäten) hilft, Ihre Fähigkeiten und Probleme in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten zu verstehen. Sie haben vielleicht bemerkt, dass die unterschiedliche Art und Weise wie Dinge ausgeführt werden (z. B. beidhändig zu arbeiten), die Verwendung von Hilfsmitteln oder alltäglich verwendeten Geräten und Vorrichtungen, Probleme in der Ausübung der Aktivitäten verringern kann.

Die Evaluation Ihrer Probleme und Lösungen mit dem EDAQ hilft Ihnen und anderen RA-Betroffenen, bzw. den ErgotherapeutInnen, optimale Vorschläge zu finden.

Das Fragebogenset besteht deshalb aus **zwei Teilen**.

Teil 1: Fragen zu Ihren Lebensumständen und den Auswirkungen Ihrer Arthritis/RA.

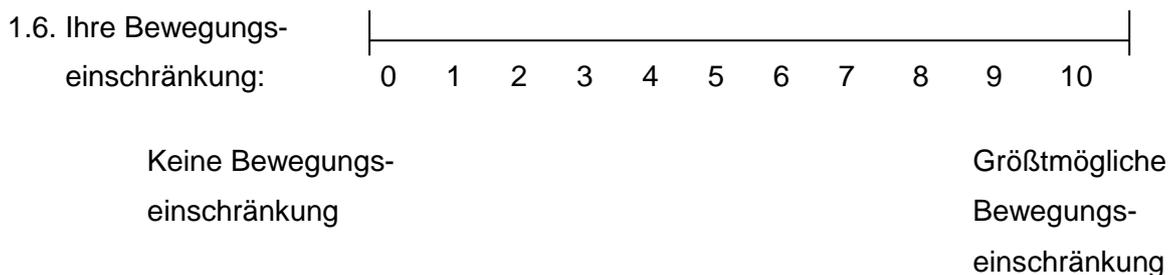
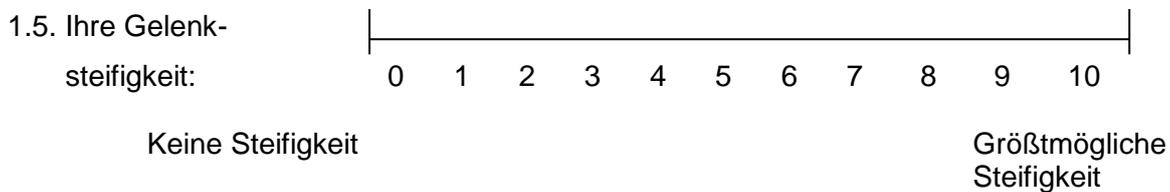
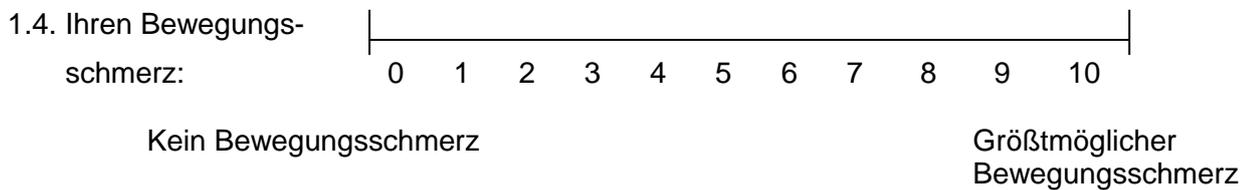
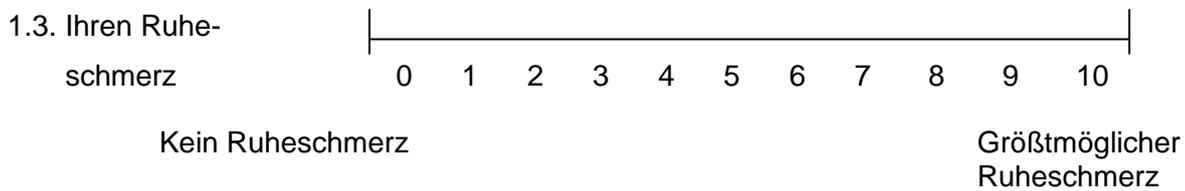
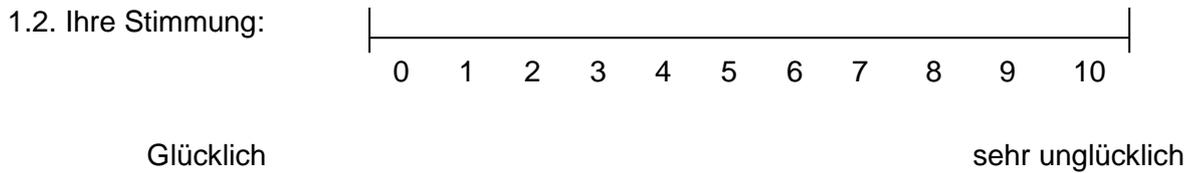
Teil 2: ist der zu überprüfende EDAQ mit Fragen

- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand (S. 5-7) und
- zu Ihren Fähigkeiten und Problemen in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten in den letzten **zwei Wochen** (ab S. 9)

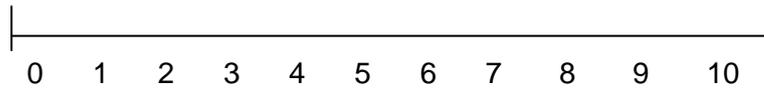
Bitte lesen Sie die Anleitung und das Beispiel auf S.9, bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen.



Für die folgenden Fragen bitten wir Sie, die Zahl unterhalb der Linie, die am besten Ihre derzeitige Situation widerspiegelt einzukreisen:



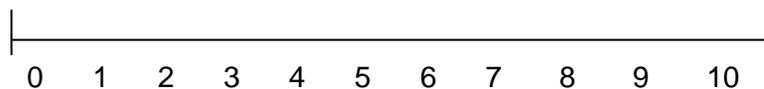
1.7. Ihre Müdigkeit:



Keine Müdigkeit

Größtmögliche Müdigkeit

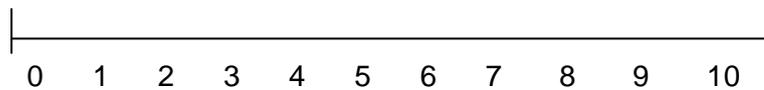
1.8. Ihre Ängste:



Keine Ängste

Größtmögliche Ängste

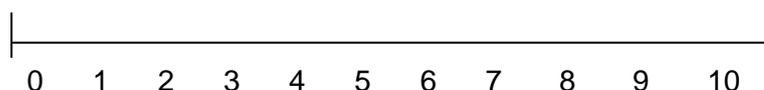
1.9. Ihre Schlaf-schwierigkeiten:



Keine Schlaf-Schwierigkeiten

Größtmögliche Schlaf-schwierigkeiten

1.10. Ihre Lebens-zufriedenheit



Sehr zufrieden

sehr unzufrieden

Teil 2: Anleitung zum Ausfüllen des EDAQ und Beispiele

Markieren Sie bitte mit einem Häkchen jene Spalte, die am besten beschreibt, wie Sie die jeweilige Aktivität in den letzten zwei Wochen durchführen konnten.

Abschnitt A: 'Wie führen Sie die Aktivität **ohne** die Verwendung eines Hilfsmittels/einer Vorrichtung, einer anderen Methode oder **ohne** Hilfe aus?'

Falls Sie diese Tätigkeit **normalerweise nicht** ausführen (z.B. weil Sie nicht Autofahren oder jemand anders es macht), setzen Sie bitte ein Häkchen bei: **„Nicht anwendbar“**.

Falls Sie diese Tätigkeit **wegen der Arthritis nicht (mehr)** ausführen können, dann setzen Sie bitte ein Häkchen bei **„unmöglich“**.

Mittlere Spalte: Bitte setzen Sie für **jede** Aktivität ein Häkchen entweder bei für die Verwendung eines Hilfsmittels oder zusätzliche Methode **„JA“** oder **„NEIN“**, falls eine andere Person diese Aktivität für Sie erledigt setzen Sie das Häkchen in dieser Spalte.

Abschnitt B: Falls Sie die **mittlere Spalte** bei **„Hilfsmittel/andere Methode“** mit **„JA“** beantworteten, füllen sie bitte **immer Teil B** aus.

Falls Sie **„Hilfsmittel“** mit **„NEIN“** oder **„Habe Hilfe/andere Person erledigt das“** angekreuzt haben, lassen Sie **Teil B leer**.

ZUM BEISPIEL:	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/einer Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode (z.B. mit zwei Händen) aus?								
										Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?		Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl		
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein										
1. Ein Glas/eine Tasse anheben		✓						✓										
2. Wasserhähne auf-/zudrehen				✓			✓			Verwendung von Einhand-Mischbatterien /Dosierhähnen	✓							
3. Eine Jacke an- bzw. ausziehen				✓				✓										
4. Einsteigen/Aussteigen aus der Badewanne						✓	✓			Verwendung eines Badewannensitzes		✓						
5. Fenster reinigen				✓					✓									
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =										Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =								

EDAQ: Fragen zu Ihren Fähigkeiten und Problemen in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten

Markieren Sie bitte mit einem Häkchen jene Spalte, die am besten beschreibt, wie Sie die jeweilige Aktivität in den letzten zwei Wochen durchführen konnten.

Abschnitt A: 'Wie führen Sie die Aktivität **ohne** die Verwendung eines Hilfsmittels/einer Vorrichtung, einer anderen Methode oder **ohne** Hilfe aus?'

Falls Sie diese Tätigkeit **normalerweise nicht** ausführen (z.B. weil Sie nicht autofahren oder jemand anders es macht), setzen Sie bitte ein Häkchen bei: **„Nicht anwendbar“**.

Falls Sie diese Tätigkeit **wegen der Arthritis nicht (mehr)** ausführen können, dann setzen Sie bitte ein Häkchen bei **„unmöglich“**.

Mittlere Spalte: Bitte setzen Sie für **jede** Aktivität ein Häkchen entweder bei für die Verwendung eines Hilfsmittels oder zusätzliche Methode **„JA“** oder **„NEIN“**, falls eine andere Person diese Aktivität für Sie erledigt setzen Sie das Häkchen in dieser Spalte.

Abschnitt B: Falls Sie die **mittlere Spalte** bei **„Hilfsmittel/andere Methode“** mit **„JA“** beantworteten, füllen sie bitte **immer Teil B** aus.

Falls Sie **„Hilfsmittel“** mit **„NEIN“** oder **„Habe Hilfe/andere Person erledigt das“** angekreuzt haben, lassen Sie **Teil B leer**.

1. ESSEN / TRINKEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
1. Ein Glas heben															
2. Tasse/Becher heben															
3. Messer und Gabel benutzen															
4. Lebensmittel schneiden (z. B. Brot, Käse)															

1. ESSEN / TRINKEN (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl				Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
							Ja	Nein							
5. Eine Milchpackung aus dem Kühlschrank nehmen															
6. Öffnen einer Milchpackung/einer Plastikflasche und ausgießen															
7. Öffnen eines Bierflaschenverschlusses															
8. Öffnen eines Gefäßes oder einer Flasche mit Schraubverschluss															
9. Öffnen einer Dose															
10. Öffnen einer Packung/eines Beutels															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

2. TOILETTEN-BESUCH UND ALLTÄGLICHE VERRICHTUNGEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohnew Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit großen Schwierig- keiten	Un- möglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit großen Schwierig- keiten	Un- möglich	Zahl
1. Auf die Toilette setzen-von der Toilette aufstehen															
2. Sich nach dem Toilettenbesuch reinigen															
3. Verwendung von Tampons/ Zäpfchen															
4. Betätigung der Toiletten- spülung															
5. Kleidung nach dem Toilettenbesuch wieder anziehen															
6. Hände waschen															
7. Haare kämmen und bürsten															
8. Zähne putzen															

2. TOILETTENBESUCH UND ALLTÄGLICHE VERRICHTUNGEN (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit großen Schwierig- keiten	Un- möglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit großen Schwierig- keiten	Un- möglich	Zahl
9. Zahnpasta aus der Tube drücken															
10. Eine Medikamentendose /Blisterpackung öffnen															
11. Schminken/Rasieren															
12. Uhr/Schmuck anlegen															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

3. ANZIEHEN / AUSZIEHEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Jacke an-/ausziehen															
2. Kleidung über den Kopf ziehen															
3. Vorne zugeknüpfte Kleidung anziehen															
4. Knöpfe zu- und aufknöpfen															
5. Kleidung (z.B. eine Hose) über die Füße ziehen															
6. Reißverschluss öffnen und schließen															
7. Strumpfhosen/Strümpfe an- und ausziehen															
8. Schuhe / Stiefel an- und ausziehen															

3. ANZIEHEN / AUSZIEHEN (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode? Ja Nein	Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl			Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
9. Schnürsenkel binden														
10. (Finger) - handschuhe an- und ausziehen														
11. Schließen von Kleidungsstücken am Rücken														
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =							Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =							

4. BADEN/ DUSCHEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. In die Badewanne ein- und aussteigen															
2. Stehend duschen															
3. Mischbatterie/Armaturen in der Dusche/Bad bedienen															
4. Wasserhähne auf- und zudrehen															
5. Rücken und Hals waschen															
6. Rücken und Hals abtrocknen															
7. Füße waschen und trocknen															
8. Haare waschen															

4. BADEN/ DUSCHEN (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
9. Haare stylen/föhnen															
10. Nägel schneiden/feilen															
11. Fußpflege															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

5. KOCHEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl				Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
							Ja	Nein							
1. Stehend in der Küche arbeiten															
2. Den Tisch decken / tragen von Tellern, Tassen usw.															
3. Gemüse schälen und schneiden															
4. Tragen einer vollen Pfanne von/zum Herd															
5. Kochwasser abgießen (z. B. Nudeln oder Gemüse)															
6. Herunternehmen von schweren Gegenständen (z. B. einer Packung Zucker) vom oberen Bereich des Küchenschrank															
7. Kuchen/ Brot/ Teig backen															

5. KOCHEN (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
8. Sachen in den Ofen schieben/aus dem Ofen nehmen															
9. Geschirr abwaschen															
10. Geschirr/Pfannen im Schrank stapeln															
11. Verwendung eines Wasserkochers (z. B. Wasser einfüllen/ausgießen)															
12. Drehknöpfe am Herd betätigen															
13. Öffnen der Kühlschranktür															
14. Vorbereiten und Kochen eines Snacks und/oder einer Mahlzeit															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =										Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =					

6. FORTBEWEGUNG IM HAUS	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Im Haus gehen (z.B. zur Toilette/ Bad, Küche)															
2. Öffnen der Haustür															
3. Verriegeln und entriegeln von Türen															
4. Rechtzeitiges Erreichen der Haustür, um zu öffnen															
5. Rechtzeitiges Erreichen des Telefons, um einen Anruf entgegenzunehmen															
6. Über für einen längeren Zeitraum stehen															
7. Stufen hinauf-/hinabsteigen															
8. Bücken zum Boden/ Aufheben von Gegenständen															

6. FORTBEWEGUNG IM HAUS (FORTSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl				Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
							Ja	Nein							
9. Über Kopf greifen															
10. (Hin)-Knien															
11. Herumtragen schwerer Gegenstände in der Wohnung															
12. Handhabung der Heizung (z. B. die Bedienelemente, Kamin, Kaminofen)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

7. SAUBER MACHEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Bett machen															
2. Staub wischen															
3. Boden kehren oder wischen															
4. Einen Lappen auswringen															
5. Staubsaugen															
6. Ein Fenster öffnen															
7. Fenster putzen															
8. Badewanne oder Dusche reinigen															
9. Schwere Hausarbeit (z. B. Möbel verschieben, Gardinen abnehmen)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =							Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =								

8. WÄSCHE WASCHEN/ KLEIDERPFLEGE	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?			Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein			Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Handwäsche von Kleidung																
2. Verwendung einer Waschmaschine (z. B. Wäsche ein- und ausräumen)																
3. Wäsche aufhängen																
4. Einen Stecker ein- und ausstecken (alle möglichen Arten)																
5. Ein Bügelbrett aufstellen																
6. Bügeln																
7. Kleidung flicken z.-B. Knöpfe annähen																
8. Stoff schneiden und/ oder Verwendung einer Schere																
9. Nadeln aufheben																
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =										Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

9. MOBILITÄT	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Ins Bett steigen/aus dem Bett steigen															
2. Umdrehen und aufsetzen im Bett															
3. Von einem Stuhl ohne Armlehne(n) aufstehen															
4. Überziehen von Bettwäsche/ Bettdecken															
5. Eine bequeme Schlafposition finden und einnehmen															
6. Für längere Zeiträume sitzen (z.B. im Auto, Zug)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =							Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =								

10. KOMMUNIKATION	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Verwendung eines Telefons/ Mobiltelefons/ Smartphones (z.B. telefonieren, SMS, e-mail u.s.w)															
2. Ein Buch halten															
3. Schreiben															
4. Umgang mit Geld/Kreditkarten/Benutzung von Geldautomat/Bezahlen mit Karte															
5. Benutzung eines Computers und einer Maus/ eines Laptops/ Tablets (z.B.															
6. Benutzung von Fernbedienungen (z.B. Fernseher)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =										Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =					

11. FORTBEWEGUNG AUSSER HAUS/ EINKAUFEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl				Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
							Ja	Nein							
1. Auf ebenem Boden gehen															
2. Einen langen Spaziergang machen (mehr als 2 km)															
3. Treppen steigen ohne Geländer															
4. Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln															
5. Auto ein – und aussteigen; inkl. Öffnen der Autotür															
6. Autofahren (z. B. Lenkrad halten, Zündschlüssel drehen, Gänge umschalten)															
7. Auto tanken															
8. Öffnen einer schweren Tür (z.B Ladentür)															
9. Bummeln gehen															

11. FORTBEWEGUNG AUSSER HAUS/ EINKAUFEN (FORSETZUNG)	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?			Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein			Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
10. Einkäufe tragen																
11. Einen Großeinkauf machen																
12. Einen Spazierstock halten																
13. Benutzung eines angetriebenen Fortbewegungsmittel für Gehweg oder Straße (zb. Tretoller, Scooter, Vespa)																
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =										Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

12. GARTENARBEIT/ INSTANDHALTUNG IM HAUSHALT	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja Nein			Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Austauschen einer Glühbirne															
2. Leichte Gartenarbeit (z. B. Unkraut jäten, schneiden, bepflanzen)															
3. Schwere Gartenarbeit (z. B. umgraben, mähen)															
4. Auf eine Leiter- klettern															
5. Auto reinigen/waschen (innen und außen)															
6. Reparaturen im Haushalt durchführen															
7. Wartung des Autos (z. B. Öl, Wasser)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

13. BETREUUNG	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Ein Kind füttern, Fläschchen zubereiten															
2. Ein Kind baden/ Windeln wechseln															
3. Ein Kind anziehen															
4. Die Haare eines Kindes kämmen															
5. Verwendung von Kinder- ausstattung (z. B. Kindersitz, Kinderwagen, Autokindersitz)															
6. Ein Kind in einen Kinderwagen, Kindersitz setzen/ herausheben															
7. Ein Kind hochheben und tragen															
8. Mit Kindern spielen															
9. Pflege von anderen Personen (z. B. ältere Verwandte)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

14. HOBBIES/ FREIZEIT/ SOZIALE AKTIVITÄTEN	A. Wie führen Sie die Tätigkeit ohne ein Hilfsmittel/eine Vorrichtung, andere Methode oder Hilfe aus?						Verwenden Sie ein Hilfsmittel oder andere Methode?		Habe Hilfe/ andere Person erledigt das für mich	B. Falls ja, wie führen Sie die Tätigkeit sonst noch mit einem Hilfsmittel/einer Vorrichtung oder anderen Methode aus?					
	Nicht anwendbar	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl	Ja	Nein		Bitte beschreiben Sie unten, welche(s) Hilfsmittel oder andere Methoden Sie verwenden?	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Unmöglich	Zahl
1. Handarbeiten (z. B. stricken, häkeln, nähen, sticken, Modellbau)															
2. Heimwerkertätigkeiten (z. B. Verwendung von Werkzeugen, malen und															
3. Freunde besuchen/Kontaktpflege															
4. Teilnahme an sozialen Treffen / religiösen Gruppen oder an Kursen															
5. Körperliche Betätigung (z. B. Tanz, aktiver Sport, schwimmen, radfahren)															
6. Ruhige Freizeitgestaltung (z. B. zeichnen, Karten															
7. Künstlerische Betätigung (z. B. Musik, Chor,															
8. Pflege von Haustieren (z. B. füttern, striegeln)															
9. Mit einem Hund spazieren gehen (z. B. Leine halten)															
Gesamtpunktzahl: Abschnitt A =									Gesamtpunktzahl: Abschnitt B =						

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie bei allen Spalten A mit der Antwort: „Ja“ zur Verwendung eines Hilfsmittels oder einer anderen Methode die Spalte B auch ausgefüllt haben.

Falls es noch etwas gibt, das Sie uns zum EDAQ mitteilen möchten, oder falls Sie noch andere Kommentare haben, können Sie dies hier vermerken:

Vielen Dank für die Beantwortung aller Fragen!

Nur für Bürogebrauch:

Name: _____

Datum: ___/___/___

EDAQ Domain Gesamtpunktzahl

	Domain	Abschnitt A Gesamtpunktzahl	Abschnitt B Gesamtpunktzahl	Unterschied B-A
1	ESSEN/TRINKEN			
2	TOILETTEN-BESUCH UND ALLTÄGLICHE VERRICHTUNGEN			
3	ANZIEHEN / AUSZIEHE			
4	BADEN/DUSCHEN			
5	KOCHEN			
6	FORTBEWEGUNG IM HAUS			
7	SAUBER MACHEN			
8	WÄSCHE WASCHEN/ KLEIDERPFLEGE			
9	MOBILITÄT			
10	KOMMUNIKATION			
11	FORTBEWEGUNG AUSSER HAUS/ EINKAUFEN			
12	GARTENARBEIT/ INSTANDHALTUNG IM HAUSHALT			
13	BETREUUNG			
14	HOBBIES/ FREIZEIT/ SOZIALE AKTIVITÄTEN			
	Selbstversorgung Gesamtpunktzahl Domains: 1+2+3+5+7+8+10			
	Mobilität Gesamtpunktzahl Domains: 4+6+9+11+12			

(Weitere Informationen finden Sie im EDAQ-Handbuch)