



Thalwil, 10. April 2017 / kda

Fragebogen Präventiver Hausbesuch

Bitte per Frage nur die (am besten) passende Antwort ankreuzen

1. **Empfinden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand entsprechend als gut?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

2. **Können Sie alltägliche Tätigkeiten alleine ohne grosse Anstrengung und Einschränkung verrichten?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

3. **Empfinden Sie Ihr Gedächtnis Ihrem Alter entsprechend als gut?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

4. **Bewegen Sie sich täglich mindestens 30 Minuten?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

5. **Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?**

<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, mehrmals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

6. **Sind Sie mit der Häufigkeit und der Qualität Ihrer sozialen Kontakte zufrieden?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

7. **Haben Sie genügend Geld, um ein in finanzieller Hinsicht sorgenfreies Leben zu führen?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

8. **Haben Sie eine Patientenverfügung und einen Vorsorgeauftrag erstellt?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur eines	<input type="checkbox"/> war ist das?	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

9. **War Ihr Gemütszustand in letzter Zeit für Sie zufriedenstellend?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

10. **Beziehen Sie schon Dienstleistungen von Dritten?**

<input type="checkbox"/> ja, und zwar von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
---	-------------------------------	--------------------------------------

Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten:

.....

.....

.....

.....

Ihre Anschrift

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Sind Sie an einer persönlichen, kostenlosen Beratung interessiert? Dann senden Sie den Fragebogen mit dem beigelegtem Antwortcouvert an uns zurück.

*Es kann unter Umständen einige Zeit dauern, bis ich mit Ihnen Kontakt aufnehmen kann.
Falls Sie dringend eine Beratung wünschen, bitte hier ankreuzen*

Informationsstelle Wohnen im Alter und Pflege
Katharina Dalbert Pflegekoordinatorin
Alte Landstrasse 110a / Postfach
8800 Thalwil
☎ 044 723 24 73
✉ katharina.dalbert@thalwil.ch