



IPOS-Dem (CH) - Spitalexterne Pflege zu Hause (SPITEX)

Klientennummer /

Identifikationsnummer:

Geburtsjahr:

Datum:

Bitte schreiben Sie deutlich

Datum (TT/MM/JJJJ):.....

Welche Hauptprobleme hatte die Person mit Demenz im Verlauf der letzten Woche?

.....
.....
.....

Welche Hauptanliegen oder –sorgen hatten die Angehörigen der Person mit Demenz im Verlauf der letzten Woche?

.....
.....

Welche Bedenken gab es in der Pflege und/oder Versorgung der Person mit Demenz im Verlauf der letzten Woche? (falls Sie die Person mit Demenz nicht gut kennen, befragen Sie bitte direkt die Familie / An- und Zugehörige)

.....
.....

Bitte wenden

IPOS-Dem (CH) - Spitalexterne Pflege zu Hause (SPITEX)

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die Person mit Demenz im Verlauf der letzten Woche durch folgende Symptome belastet war. Versuchen Sie dabei zu berücksichtigen, wie die Person mit Demenz die aktuelle Situation erlebt. Es geht dabei also nicht darum, ob und wie stark ein Symptom vorhanden war, sondern wie stark die Person mit Demenz Ihrer Meinung nach davon beeinträchtigt war.

	gar nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark	nicht beurteilbar
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl, erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen (sich übergeben)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat keine Lust am Essen (z.B. isst auch nach Aufforderung nicht, schiebt Essen von sich weg)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder wund im Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit (tagsüber)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität (z.B. Schwierigkeiten zu gehen, kann nicht Treppen steigen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme (nachts)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOS-Dem (CH) - Spitalexterne Pflege zu Hause (SPITEX)

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die Person mit Demenz im Verlauf der letzten Woche durch folgende Symptome belastet war. Versuchen Sie dabei zu berücksichtigen, wie die Person mit Demenz die aktuelle Situation erlebt. Es geht dabei also nicht darum, ob und wie stark ein Symptom vorhanden war, sondern wie stark die Person mit Demenz Ihrer Meinung nach davon beeinträchtigt war.

	gar nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark	nicht beurteilbar
Probleme mit den Zähnen oder Probleme mit künstlichem Gebiss	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckprobleme (z.B. verschluckt sich beim Essen oder Trinken, behält Essen im Mund)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (z.B. rissige Haut, Druckstellen, Jucken/Beissen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sich zu verständigen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinge sehen oder hören, die nicht möglich sind und/oder etwas glauben, das nicht wirklich ist	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe (Ruhelos)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umherirren (als Zeichen der Verzweiflung)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden



IPOS-Dem (CH) - Spitalexterne Pflege zu Hause (SPITEX)

Im Verlauf der letzten Woche:

	gar nicht	selten	manchmal	meistens	immer	nicht beurteilbar
War sie/er ängstlich oder unsicher?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Familie/ Freunde ihret-/seinetwegen besorgt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War sie/er traurig oder bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sie/er das Interesse an Dingen verloren, die ihr/ihm normalerweise Freude bereiten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigte er/sie gereiztes oder aggressives Verhalten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Verlauf der letzten Woche:

	immer	meistens	manchmal	selten	gar nicht	nicht beurteilbar
Denken Sie, dass er/sie im Frieden mit sich selbst war? (falls Sie die Person mit Demenz nicht gut kennen, befragen Sie bitte direkt die Familie / An- und Zugehörige)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



IPOS-Dem (CH) - Spitalexterne Pflege zu Hause (SPITEX)

Im Verlauf der letzten Woche:

	immer	meistens	manchmal	selten	gar nicht	nicht beurteilbar
Konnte er/sie mit anderen in Kontakt treten (einschliesslich Körperberührung) z.B. mit Team, Familie, anderen Bewohnern?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Verlauf der letzten Woche:

	Probleme angegangen oder keine Probleme	Probleme mehrheitlich angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen	nicht beurteilbar
Wurden praktische Probleme angegangen? (z.B. Hörgerät, Fusspflege, Brille, Ernährung)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Symptome, die aus Ihrer Sicht die Person mit Demenz in der letzten Woche belastet haben (nur wenn weitere Symptome vorhanden).

	gar nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark
.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>