

Funktions-Fragebogen-Hannover-FFBH

Name:

Patientennummer:

Vorname:

Datum:

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7Tage) zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Spalte an.

Sie haben 3 Antwortmöglichkeiten:

1. Ja – Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.
2. Ja, aber mit Mühe – Sie haben Schwierigkeiten z.B. es dauert länger als früher oder Sie müssen sich abstützen.
3. Nein, oder nur mit fremder Hilfe – Sie können es gar nicht oder nur wenn eine andere Person ihnen hilft.

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Können Sie mit der Hand schreiben? (mind. eine Postkarte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Können Sie einen mind. 10kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10m tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder ein zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Können Sie 1h auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Können Sie 10min ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden !!

Erstellt am: 06.07.2021	Geprüft am: 06.07.2021	Freigegeben am: 06.07.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 1	Version 1.2	Datei: 06_Funktions-Fragebogen-Hannover-FFBH_1.2.odt

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Können Sie Strümpfe aus- und anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben ihren Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Können Sie einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Können Sie ca. 100m schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Schmerzen sind.

Wie stark ist die Krankheit im Augenblick?

Inaktiv 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 hoch aktiv

Erstellt am: 06.07.2021	Geprüft am: 06.07.2021	Freigegeben am: 06.07.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 1	Version 1.2	Datei: 06_Funktions-Fragebogen-Hannover_FFBH_1.2.odt