

BILAG 19

Spørgeguide - Birkerød

Forebyggende hjemmebesøg

Navn:

CPR:

Besøg nr.:

Deltagelse:

Netværk:

Bofællesskab:

Børn:

Børn bor:

Kontakt med børn, øvrigt netværk - nabo, venner, familie, bekendte:

Boligen.

Hvor længe har De boet i nuværende bolig:

Boligens størrelse :

Trapper :

Elevator :

Have :

Altan :

Overvejer De, at flytte til anden bolig :

Er De skrevet på venteliste til anden bolig ? :

Er De tilfreds med boligens beliggenheden i forhold til:

Indkøb		Ja	Nej
Familie/venner	Ja	Nej	
Aktiviteter	Ja	Nej	

Transport.

Benytter De offentlige transportmidler Ja Nej

Kører De bil Ja Nej

H.T. Handicapkørsel

Andet :

Aktivitet og livsformer.

Uddannelse og arbejdsliv:

Aktiviteter/ motion, hvilke interesser har De ?

Har De planer/ønsker om andre aktiviteter i fremtiden ?

Nuværende livssituation.

Hvordan trives De i hverdagen ? (stjernestunder)

Hvordan er humøret ?

Føler De Dem alene, hvor De hellere ville være sammen med andre ?

Helbred

Hvordan vil De bedømme Deres helbred I det sidste års tid ?

Godt Nogenlunde Dårligt

Hvad er de mest belastende helbredsproblemer.

Smerter i arme/ryg/ben Moderate/Svære

Psykiske gener Moderate/Svære

Hukommelsesproblemer Moderate/svære

Dårligt hjerte Moderate/Svære

Svimmelhed Moderate/Svære

Astma/bronkitis Moderate/Svære

Vandladningsgener Moderate/Svære

Inkontinent Hjælpemidler

Mave/tarmgener Moderat/Svære

Andet

Medicin :

Tager ikke medicin

Tager medicin

Indlæggelser :

Indlæggelse indenfor det sidste år, antal :

Hvornår Årsag
 Sygehus

Hvornår Årsag
 Sygehus

Sanser.

Synet :

Normalt Nedsat Sygdom

Hjælpemidler

Hørelsen :

Normal Nedsat Sygdom

Hjælpemidler

Tale :

Normal
Sygdom

Kosten

Appetit

God: Nedsat:
Vægt: Normal Undervægtig Overvægt

Har De indenfor det sidste halve år haft tilsigtet eller utilsigtet vægtøgning/vagttab:

Ja Nej

Spisevaner - dagens måltider/ væske indtag :

Fald

Har De tendens til at falde ?

Hvis ja i hvilke situationer :

Er de bange for at falde : Ja Nej

Døgnrytme.

Hvordan er Deres søvnmønster ?

Mobilitet og daglige funktioner

Hjælp/Hjælpemidler :

Kan de komme op/ned fra toilet

Kan De rejse Dem fra stol/seng

Kan De vaske Dem selv/ bade

Kan De klæde Dem på

Kan De købe ind

Kan De gøre rent

Kan De lave mad

Kan De vaske tøj

Kan De gå omkring inde i boligen

Kan De komme udendørs

Kan De gå på trapper til 2. Sal

Kan De lave havearbejde

Hvor lang er Deres gangdistance:

Er der noget i Deres hverdag, som De ikke kan klare, men gerne vil trænes op til at kunne ?

Har De privat hjælp :

Modtager De hjælp fra hjemmesygeplejerske :

Nødkald:

Hjælpe midler - boligændringer:

Økonomi.

Hvordan er Deres økonomi ?

Aftaler / opfølgning /emner til næste besøg / risikofaktorer :