

Fragebogen für die pflegende Person

Datum der Erhebung:

Interview durchgeführt von:

Einwilligung liegt unterschrieben vor ☐ ja ☐ nein

Erhebungsablauf

- **Vorstellung der Person**
 - Name, mein beruflicher Werdegang, meine Arbeit jetzt
- **Ausgangslage**
 - Die Problematik der Mangelernährung bei demenzkranken Personen sowie Interventions- und Unterstützungsansätze sind im Langzeitpflegebereich wissenschaftlich gut erforscht. Wie die Ernährungssituation im Ganzen im häusliche Umfeld aussieht, wurde noch nie untersucht.
- **Was will ich wissen?**
 - Wir möchten den Ernährungszustand und dessen Einflussfaktoren von älteren demenzkranken Menschen sowie deren pflegenden Angehörigen, die im Privathaushalt leben, untersuchen.
 - Deshalb bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und mit unserer Hilfe mehrere Fragebögen auszufüllen. Die Fragebögen enthalten Fragen zu verschiedenen Aspekten, nämlich: ihre Lebens-, Gesundheits- und Ernährungssituation.
 - Diese Informationen dienen als Grundlage für das Ausarbeiten eines Informations- und Schulungsmoduls zum Thema „Ernährung bei Demenz“.
- **Was sind Ihre Rechte?**
 - Wenn Ihnen eine Frage zu nahe geht und Sie nicht antworten wollen, müssen Sie auf meine Frage nicht antworten. Falls das Gespräch Ihnen zu anstrengend wird, dürfen Sie jederzeit eine Unterbrechung verlangen. Sie dürfen auch jederzeit das Gespräch abbrechen.
- **Wie läuft das Gespräch ab?**
 - Das erste Gespräch dauert etwa eine Stunde. (Falls Sie noch Zeit und Energie haben, können wir auch mit der Befragung fortfahren.)
 - Wir werden die Fragebögen zusammen durchgehen. Bitte überlegen Sie, welche Antwort auf Ihre Situation zutrifft. Falls Sie eine Situation nicht beurteilen können oder sich unsicher fühlen, lassen wir die Frage unbeantwortet.
- **Überleitung zum Interview**
 - Bevor wir jetzt beginnen, wollte ich sie fragen, ob Sie noch Fragen an mich haben.

1. Zur Person		Teilnehmer-Nr.
1.1	Wann sind Sie geboren? <div> <div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div> </div>	
1.2	Geschlecht: 0) Männlich 1) Weiblich <div><input type="text"/></div>	
1.3	Herkunft: Geburtsort: _____ <div><input type="text"/></div> Seit wann leben Sie in Deutschland? _____ Jahre	
1.4	In welcher Beziehung stehen Sie zur demenzkranken Person? Ich bin: 1) (Ehe)-Partner 4) Bruder/Schwester 2) Kind 5) Nachbarschaftshilfe 3) Schwiegertochter/ -sohn 6) Sonstiges <div><input type="text"/></div>	
1.5	Was war Ihr höchster erreichter Bildungsabschluss? 1) Keinen Abschluss 99) Keine Angabe 2) Berufsschulabschluss 3) Fachschulabschluss 4) Meisterprüfung 5) Fachhochschulabschluss <div><input type="text"/></div> 6) Universitätsabschluss	
1.6	Wie viele Schul- und Ausbildungsjahre haben Sie insgesamt? <div><input type="text"/></div>	
1.7	Gehen Sie derzeit einer bezahlten beruflichen Tätigkeit nach? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <div><input type="text"/></div>	
1.8	Falls „Nein“, warum haben Sie aufgehört zu arbeiten? 1) Nie gearbeitet 2) Rentenalter erreicht 3) Vorzeitig berentet (nicht aus Krankheitsgründen) 4) Kündigung 5) Gesundheitliche Probleme 6) Um für die demenzkranke Person zu sorgen 7) Andere Gründe: _____ (77) <div><input type="text"/></div> 88) irrelevant	
1.9	Wie viele Stunden gehen Sie insgesamt der bezahlten beruflichen Tätigkeit nach? Gesamtarbeitszeit _____ Stunden pro Woche <div><input type="text"/></div> 88) Irrelevant 99) Keine Angabe	
1.10	Haben Sie feste oder flexible Arbeitszeiten (z.B. Gleitzeiten)? 1) Feste Arbeitszeiten 88) Irrelevant 2) Flexible Arbeitszeiten 99) Keine Angabe <div><input type="text"/></div>	
1.11	Nutzen Sie die Möglichkeit auf Pflege-Auszeit? 0) Nein 1) Ja 88) Irrelevant <div><input type="text"/></div>	
1.12	Wenn „Ja“, in welcher Form? 1) Teilweise Freistellung 88) Irrelevant 2) Volle Freistellung 99) Keine Angabe <div><input type="text"/></div>	

2. Sozio-demographische Angaben		Teilnehmer-Nr.
2.1	Leben Sie mit der demenzkranken Person in einem Haushalt? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>	
2.2	Wenn „Nein“, wie weit entfernt liegt Ihr Wohnort von der Wohnung der demenzkranken Person? 1) Gleiches Haus, eigener Haushalt 2) Zu Fuß gut erreichbar 3) Weniger als 30 Minuten Auto-/ ÖV-fahrt entfernt 4) Mehr als 30 Minuten Auto-/ÖV-fahrt entfernt 88) Irrelevant <input type="text"/>	
2.3	Wie viele Personen leben ständig in ihrem Haushalt? (Sie selbst mitgezählt) <input type="text"/>	
2.4	Wie viele Personen werden von Ihnen betreut / gepflegt? <input type="text"/>	
2.5	Seit wann haben Sie die Unterstützung der demenzkranken Person übernommen? 1) Noch kein ganzes Jahr; <input type="text"/> b) Seit wieviel Monaten? _____ 2) Länger als ein Jahr: <input type="text"/> c) Seit wieviel Jahren? _____ 3) Nicht abgrenzbar schleichend _____ 3) Datum der Diagnose d) Monat / Jahr 99) Keine Angabe	

3. Gesundheitszustand		Teilnehmer-Nr.				
3.1	Unter welchen Erkrankungen leiden Sie? Nennen Sie wenn möglich die ärztliche Diagnose(n)					
		Ja	Nein	kA		
	a) Bluthochdruck	(1)	(0)	(99)		
	b) Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	(1)	(0)	(99)		
	c) Koronare Herzkrankheiten	(1)	(0)	(99)		
	d) Herzinfarkt	(1)	(0)	(99)		
	e) Schlaganfall	(1)	(0)	(99)		
	f) periphere Gefäßkrankheit	(1)	(0)	(99)		
	g) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	(1)	(0)	(99)		
	h) Gelenkserkrankungen (Arthrose, Polyarthritits)	(1)	(0)	(99)		
	i) Osteoporose	(1)	(0)	(99)		
	j) Schilddrüsenüberfunktion	(1)	(0)	(99)		
	k) Schilddrüsenunterfunktion	(1)	(0)	(99)		
	l) Erkrankungen der Atemwege	(1)	(0)	(99)		
	m) Gastritis, Magenerkrankungen	(1)	(0)	(99)		
	n) Entzündliche Darmerkrankungen (Colitis)	(1)	(0)	(99)		
	o) Magen- oder Dünndarmulcus	(1)	(0)	(99)		
	p) Chronische Lebererkrankung	(1)	(0)	(99)		
	q) Chronische Nierenerkrankung	(1)	(0)	(99)		
	r) Neurologische Erkrankung	(1)	(0)	(99)		
	s) Parkinson	(1)	(0)	(99)		
	t) Depression	(1)	(0)	(99)		
	u) Bösartiger Tumor / Krebs	(1)	(0)	(99)		
		(uu)				
	v) Sonstige:	(1)	(0)	(99)		
		(vv)				
3.2	Leiden Sie unter					
		Nie	Selten	Oft	Immer	kA
	a) Ödemen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	b) Übelkeit	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	c) Magenschmerzen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	d) Sodbrennen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	e) Blähungen / Völlegefühl	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	f) Verstopfung	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	g) Durchfall	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	h) Mundtrockenheit	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	i) Eingeschränkte Hörfähigkeit	(0)			(3)	(99)
	j) Eingeschränkte Sehfähigkeit	(0)			(3)	(99)
	k) Allergien	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
	l) Lebensmittelunverträglichkeit	(0)			(3)	(99)
	m) Chronische Schmerzen	(0)	(1)	(2)	(3)	(99)
3.3	Wenn Sie unter Schmerzen leiden, wie stark war Ihr Schmerz in den letzten sieben Tagen dort, wo es Ihnen am meisten weh tut?					
	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>					
	Kein Schmerz				Stärkster vorstellbarer Schmerz	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 10%;">0</div> <div style="width: 10%;">1</div> <div style="width: 10%;">2</div> <div style="width: 10%;">3</div> <div style="width: 10%;">4</div> <div style="width: 10%;">5</div> <div style="width: 10%;">6</div> <div style="width: 10%;">7</div> <div style="width: 10%;">8</div> <div style="width: 10%;">9</div> <div style="width: 10%;">10</div> </div>					

4. Gewichtsverlauf		Teilnehmer-Nr.
4.1	Wie ist momentan Ihr Gewicht _____ kg Ihre Größe _____ cm Ihr Wadenumfang _____ cm <div style="text-align: right;"> BMI (kg/m²): <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 150px; margin: 10px auto;"></div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Legende: Abziehen von Gewicht 0,5 kg: ohne Schuhe, leichte Kleider 1,0 kg: ohne Schuhe, feste Kleider 2,0 kg: mit Schuhen, feste Kleider </div>	
4.2a	Wie hoch war Ihr übliches Gewicht bevor Sie die Betreuung / Pflege der demenzkranken Person übernommen haben? Ungefähr: _____ kg	
4.2b	Waren Sie: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div>1) Ich weiß es nicht</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div>3) Dicker</div> <div>4) Dünner</div> <div>5) Gleich</div> </div>	
4.3	Ist Ihnen die Kleidung in letzter Zeit zu weit geworden? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>0) Nein</div> <div>1) Ja</div> <div>2) Ich weiß nicht</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> 99) Keine Angabe <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div>	
4.4	Wie oft haben Sie sich in den letzten 12 Monaten gewogen? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>1) Täglich</div> <div>5) Halbjährlich</div> <div>99) Keine Angabe</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>2) 1 x pro Woche</div> <div>0) Nie</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div>3) 1 x pro Monat</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div>4) Vierteljährlich</div> </div>	
4.5	Wenn Sie sich regelmässig wiegen, wie hoch war ihr Gewicht? a) Vor 3 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg b) Vor 6 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg c) Vor 12 Monaten: _____ kg; Gewichtsverlust: _____ kg <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div>88) Irrelevant</div> <div>99) Keine Angabe</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div>	
4.6	Wenn Sie an Gewicht verloren haben, war dieser erwünscht? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>0) Nein</div> <div>88) Irrelevant</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div>1) Ja</div> <div>99) Keine Angabe</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div>	
4.7	Gab es im vergangenen Jahr belastende Ereignisse? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>0) Nein</div> <div>1) Ja</div> <div>99) Keine Angabe</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div> <p>Wenn „Nein“ direkt ab Frage 5.1 weiter ausfüllen.</p>	

4. Gewichtsverlauf		Teilnehmer-Nr.																																											
4.8	Wenn „Ja“, welche waren dies? <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>kA</th> <th>irr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Verlust des Lebenspartners</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Verlust eines anderen Angehörigen / Freundes</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Umzug</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>d) Schwere Erkrankung / Operation</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>e) Krankenhausaufenthalt</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>f) Sonstiges:</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____ (ff)</td> </tr> </tbody> </table>						Ja	Nein	kA	irr.	a) Verlust des Lebenspartners	(1)	(0)	(99)	(88)	b) Verlust eines anderen Angehörigen / Freundes	(1)	(0)	(99)	(88)	c) Umzug	(1)	(0)	(99)	(88)	d) Schwere Erkrankung / Operation	(1)	(0)	(99)	(88)	e) Krankenhausaufenthalt	(1)	(0)	(99)	(88)	f) Sonstiges:	(1)	(0)	(99)	(88)	_____ (ff)				
	Ja	Nein	kA	irr.																																									
a) Verlust des Lebenspartners	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
b) Verlust eines anderen Angehörigen / Freundes	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
c) Umzug	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
d) Schwere Erkrankung / Operation	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
e) Krankenhausaufenthalt	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
f) Sonstiges:	(1)	(0)	(99)	(88)																																									
_____ (ff)																																													
4.9	Haben diese Ereignisse ihr eigenes Essverhalten negativ beeinflusst? <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>0) Nein</td> <td>88) Irrelevant</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1) Ja</td> <td>99) Keine Angabe</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																		
0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>																																											
1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																											
4.10	Haben Sie in dieser Zeit ungewollt Gewicht verloren? <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>0) Nein</td> <td>88) irrelevant</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1) Ja</td> <td>99) Keine Angabe</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					0) Nein	88) irrelevant	<input type="text"/>	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																		
0) Nein	88) irrelevant	<input type="text"/>																																											
1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																											
4.11	Wenn der Gewichtsverlust unerwünscht war, haben Sie etwas unternommen? <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>0) Nein</td> <td>88) Irrelevant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Ja, ich habe versucht die Ernährung zu verändern</td> <td>99) Keine Angabe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Ja, ich habe einen Arzt hinzugezogen</td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					0) Nein	88) Irrelevant		1) Ja, ich habe versucht die Ernährung zu verändern	99) Keine Angabe		2) Ja, ich habe einen Arzt hinzugezogen		<input type="text"/>																															
0) Nein	88) Irrelevant																																												
1) Ja, ich habe versucht die Ernährung zu verändern	99) Keine Angabe																																												
2) Ja, ich habe einen Arzt hinzugezogen		<input type="text"/>																																											
4.12	Wenn „Nein“, warum nicht? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>1) Es war für mich in der Situation normal</td> <td>88) Irrelevant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Es hat mich nicht beunruhigt</td> <td>99) Keine Angabe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Ich wusste nicht was</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Aus meiner Sicht hätte ein Arzt nicht geholfen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Bisher keine Zeit gehabt</td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6) Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____ (66)</td> </tr> </tbody> </table>					1) Es war für mich in der Situation normal	88) Irrelevant		2) Es hat mich nicht beunruhigt	99) Keine Angabe		3) Ich wusste nicht was			4) Aus meiner Sicht hätte ein Arzt nicht geholfen			5) Bisher keine Zeit gehabt		<input type="text"/>	6) Sonstiges:			_____ (66)																					
1) Es war für mich in der Situation normal	88) Irrelevant																																												
2) Es hat mich nicht beunruhigt	99) Keine Angabe																																												
3) Ich wusste nicht was																																													
4) Aus meiner Sicht hätte ein Arzt nicht geholfen																																													
5) Bisher keine Zeit gehabt		<input type="text"/>																																											
6) Sonstiges:																																													
_____ (66)																																													
4.13	Wenn ein Arzt hinzugezogen wurde, ist er auf die Gewichtsabnahme und ihre Ernährungssituation eingegangen? <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>0) Nein</td> <td>88) Irrelevant</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1) Ja</td> <td>99) Keine Angabe</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>	1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																		
0) Nein	88) Irrelevant	<input type="text"/>																																											
1) Ja	99) Keine Angabe	<input type="text"/>																																											

5. Ernährungssituation		Teilnehmer-Nr.																																																																								
5.1	Haben Sie das Gefühl, dass Sie genügend essen? 0) Nein, nicht genügend 99) Keine Angabe 1) Ja, genügend 2) Ich weiß nicht			<input type="text"/>																																																																						
5.2	Haben Sie das Gefühl, dass Sie genügend trinken? 0) Nein, nicht genügend 99) Keine Angabe 1) Ja, genügend 2) Ich weiß nicht			<input type="text"/>																																																																						
5.3	Haben sich <u>Ihre</u> Essgewohnheiten geändert seit Sie die demenzkranke Person betreuen / pflegen? 0) Nein 99) Keine Angabe 1) Ja 2) Ich weiß nicht			<input type="text"/>																																																																						
5.4	Wenn „Ja“, inwiefern? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>kA</th> <th>irr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ich esse weniger</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Ich esse mehr</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Ich esse bestimmte Lebensmittel seltener / nicht mehr</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>d) Ich esse bestimmte Lebensmittel häufiger</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>e) Ich esse jetzt zu festen Zeiten</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>f) Ich esse nicht mehr zu festen Zeiten</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>g) Ich esse nicht mehr alleine</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>h) Ich esse jetzt alleine</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>i) Ich trinke weniger</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>j) Ich trinke mehr</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>k) Ich bevorzuge eher Gesüßtes</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>l) Ich bevorzuge eher Pikantes</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>m) Sonstiges:</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> </tbody> </table> _____(mm)					Ja	Nein	kA	irr.	a) Ich esse weniger	(1)	(0)	(99)	(88)	b) Ich esse mehr	(1)	(0)	(99)	(88)	c) Ich esse bestimmte Lebensmittel seltener / nicht mehr	(1)	(0)	(99)	(88)	d) Ich esse bestimmte Lebensmittel häufiger	(1)	(0)	(99)	(88)	e) Ich esse jetzt zu festen Zeiten	(1)	(0)	(99)	(88)	f) Ich esse nicht mehr zu festen Zeiten	(1)	(0)	(99)	(88)	g) Ich esse nicht mehr alleine	(1)	(0)	(99)	(88)	h) Ich esse jetzt alleine	(1)	(0)	(99)	(88)	i) Ich trinke weniger	(1)	(0)	(99)	(88)	j) Ich trinke mehr	(1)	(0)	(99)	(88)	k) Ich bevorzuge eher Gesüßtes	(1)	(0)	(99)	(88)	l) Ich bevorzuge eher Pikantes	(1)	(0)	(99)	(88)	m) Sonstiges:	(1)	(0)	(99)	(88)
	Ja	Nein	kA	irr.																																																																						
a) Ich esse weniger	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
b) Ich esse mehr	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
c) Ich esse bestimmte Lebensmittel seltener / nicht mehr	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
d) Ich esse bestimmte Lebensmittel häufiger	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
e) Ich esse jetzt zu festen Zeiten	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
f) Ich esse nicht mehr zu festen Zeiten	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
g) Ich esse nicht mehr alleine	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
h) Ich esse jetzt alleine	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
i) Ich trinke weniger	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
j) Ich trinke mehr	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
k) Ich bevorzuge eher Gesüßtes	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
l) Ich bevorzuge eher Pikantes	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
m) Sonstiges:	(1)	(0)	(99)	(88)																																																																						
5.5	Waren Sie vor der Übernahme der Betreuung / Pflege auch schon hauptsächlich verantwortlich für: Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>kA</th> <th>Irr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Menueplanung / Speiseplan</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Einkaufen</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Kochen</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> </tbody> </table>					Nein	Ja	kA	Irr	a) Menueplanung / Speiseplan	(0)	(1)	(99)	(88)	b) Einkaufen	(0)	(1)	(99)	(88)	c) Kochen	(0)	(1)	(99)	(88)																																																		
	Nein	Ja	kA	Irr																																																																						
a) Menueplanung / Speiseplan	(0)	(1)	(99)	(88)																																																																						
b) Einkaufen	(0)	(1)	(99)	(88)																																																																						
c) Kochen	(0)	(1)	(99)	(88)																																																																						

5. Ernährungssituation: Unterstützung		Teilnehmer-Nr.																																											
5.6	Welche Art von Unterstützung braucht die demenzkranke Person bei der Einnahme der Mahlzeiten? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>kA</th> <th>Irr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Hilfe beim Zerkleinern</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Auffordern zum Essen /Trinken</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Zeitweise Anreichen</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>d) Essen komplett eingeben</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>e) Überwachen der Essens- & Trinkmenge</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>f) Sonstiges</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____ (ff)</td> </tr> </tbody> </table>						Nein	Ja	kA	Irr	a) Hilfe beim Zerkleinern	(0)	(1)	(99)	(88)	b) Auffordern zum Essen /Trinken	(0)	(1)	(99)	(88)	c) Zeitweise Anreichen	(0)	(1)	(99)	(88)	d) Essen komplett eingeben	(0)	(1)	(99)	(88)	e) Überwachen der Essens- & Trinkmenge	(0)	(1)	(99)	(88)	f) Sonstiges	(0)	(1)	(99)	(88)	_____ (ff)				
	Nein	Ja	kA	Irr																																									
a) Hilfe beim Zerkleinern	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
b) Auffordern zum Essen /Trinken	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
c) Zeitweise Anreichen	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
d) Essen komplett eingeben	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
e) Überwachen der Essens- & Trinkmenge	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
f) Sonstiges	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
_____ (ff)																																													
5.7	Muss für die demenzkranke Person die Nahrung extra zubereiten werden? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>																																												
5.8	Wenn „Ja“, in welcher Form? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>kA</th> <th>Irr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Extra weich gekocht</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Püriert</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Spezielle Diät</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>d) Finger Food</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>e) Spezielle Vorlieben</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td>f) Sonstiges</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(99)</td> <td>(88)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____ (ff)</td> </tr> </tbody> </table> 88) Irrelevant 99) Keine Angabe						Nein	Ja	kA	Irr	a) Extra weich gekocht	(0)	(1)	(99)	(88)	b) Püriert	(0)	(1)	(99)	(88)	c) Spezielle Diät	(0)	(1)	(99)	(88)	d) Finger Food	(0)	(1)	(99)	(88)	e) Spezielle Vorlieben	(0)	(1)	(99)	(88)	f) Sonstiges	(0)	(1)	(99)	(88)	_____ (ff)				
	Nein	Ja	kA	Irr																																									
a) Extra weich gekocht	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
b) Püriert	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
c) Spezielle Diät	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
d) Finger Food	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
e) Spezielle Vorlieben	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
f) Sonstiges	(0)	(1)	(99)	(88)																																									
_____ (ff)																																													
5.9	Wenn „Ja“, kommen Sie überhaupt in den Genuss ihre bevorzugten (Lieblings-) Speisen zu sich zu nehmen? 0) Nie 2) Häufig 88) Irrelevant <input type="text"/> 1) Selten 3) Immer 99) Keine Angabe																																												
5.10	Gibt es Nahrungsmittel, welche Sie aufgrund von Kau- und Schluckproblemen der demenzkranken Person einfach aus dem Nahrungsplan gestrichen haben? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>																																												

7. Ernährungssituation: Versorgungsbedarf		Teilnehmer-Nr.																																										
7.1	Benötigt die demenzkranke Person beim Einkaufen Hilfe? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe 2) Ja, aber das habe ich schon vor der Erkrankung erledigt			<input type="text"/>																																								
Bei „Nein“ oder „Keine Angabe“ ab Frage 7.7 weiter ausfüllen.																																												
7.2	Falls „Ja“, an wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen haben Sie der demenzkranken Person beim Einkaufen geholfen? Berücksichtigen Sie dabei bitte nur den Zeitaufwand, den Sie zusätzlich für die demenzkranke Person aufbringen. an _____ Tagen 99) Keine Angabe 88) Irrelevant				<input type="text"/>																																							
7.3	An diesen Tagen: Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich pro Tag darauf verwendet, der demenzkranken Person beim Einkaufen zu helfen? Berücksichtigen Sie dabei bitte nur den Zeitaufwand, den Sie zusätzlich für die demenzkranke Person aufbringen. _____ Stunden pro Tag 99) Keine Angabe 88) Irrelevant				<input type="text"/>																																							
7.4	Gibt es noch andere Personen, Familienmitglieder, Freunde Bekannte und Nachbarn, die beim Einkaufen helfen? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">kA</th> <th style="text-align: center;">irr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Familienmitglieder</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td>b) Freunde / Bekannte / Nachbarn</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td>c) Pflegedienst</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td>d) Einkaufshilfe</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td>e) Mahlzeitendienst/Essen auf Rädern</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td>f) Sonstige:</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(88)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">_____ (ff)</td> </tr> </tbody> </table>					Ja	Nein	kA	irr.	a) Familienmitglieder	(1)	(0)	(99)	(88)	b) Freunde / Bekannte / Nachbarn	(1)	(0)	(99)	(88)	c) Pflegedienst	(1)	(0)	(99)	(88)	d) Einkaufshilfe	(1)	(0)	(99)	(88)	e) Mahlzeitendienst/Essen auf Rädern	(1)	(0)	(99)	(88)	f) Sonstige:	(1)	(0)	(99)	(88)	_____ (ff)				
	Ja	Nein	kA	irr.																																								
a) Familienmitglieder	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
b) Freunde / Bekannte / Nachbarn	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
c) Pflegedienst	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
d) Einkaufshilfe	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
e) Mahlzeitendienst/Essen auf Rädern	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
f) Sonstige:	(1)	(0)	(99)	(88)																																								
_____ (ff)																																												
7.5	Falls „Ja“, an wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen haben diese Personen beim Einkaufen geholfen? an _____ Tagen 99) Keine Angabe 88) Irrelevant				<input type="text"/>																																							
7.6	An diesen Tagen: Wie viele Stunden haben diese Personen durchschnittlich pro Tag darauf verwendet, der demenzkranken Person beim Einkaufen zu helfen? _____ Stunden pro Tag 99) Keine Angabe 88) Irrelevant				<input type="text"/>																																							

9. Ernährungssituation: Wahrnehmung Teilnehmer-Nr.					
	Bitte beurteilen Sie für jeden nachfolgenden Punkt, ob die Aussagen für Sie (eher) zutreffen oder (eher) nicht zutreffen.				
9.1		Trifft ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu kA
	Die demenzkranke Person:				
	a) isst genügend	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	b) trinkt genügend	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
9.2		Trifft ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu kA
	Ich habe genügend Zeit und kann ohne Druck:				
	a) Lebensmittel einkaufen	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	b) Nahrungsmittel zubereiten	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	c) Küche aufräumen	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	d) Mit der demenzkranken Person zusammen essen	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	e) Mit der demenzkranken Person in Gesellschaft Anderer essen	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
9.3		Trifft ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu kA
	Mit der demenzkranken Person <u>alleine</u> essen:				
	a) Macht mir Freude	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	b) Stimmt mich traurig	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	c) Gibt mir das Gefühl nützlich zu sein	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	d) Empfinde ich als Pflicht	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	e) Gibt mir die Möglichkeit Nähe und Aufmerksamkeit zu geben	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	f) Löst bei mir unangenehme Gefühle aus	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	g) Wirkt negativ auf meinen Appetit	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	h) Wirkt positiv auf meinen Appetit	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
9.4		Trifft ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu kA
	Mit der demenzkranken Person <u>in Gesellschaft Anderer</u> zu essen:				
	a) Macht mir Freude	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	b) Stimmt mich traurig	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	c) Gibt mir das Gefühl nützlich zu sein	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	d) Empfinde ich als Pflicht	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	e) Gibt mir die Möglichkeit Nähe und Aufmerksamkeit zu geben	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	f) Löst bei mir unangenehme Gefühle aus	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	g) Wirkt negativ auf meinen Appetit	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	h) Wirkt positiv auf meinen Appetit	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	i) Ich bin gehemmt und meide es	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	j) Empfinde ich als guten Ausgleich zum Alltag	(3)	(2)	(1)	(0) (99)
	88) irrelevant				

9. Ernährungssituation: Essprobleme wahrnehmen (EdFED) Teilnehmer-Nr.	
	Bitte beurteilen Sie für jeden nachfolgenden Punkt das Ausmaß der Symptome.
9.5	Braucht die demenzkranke Person eine genaue Beaufsichtigung während dem Essen? (z.B. Auffordern zum Essen, Überwachen der Essemenge) 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.6	Braucht die demenzkranke Person physische Hilfe beim Essen? (z.B. Essen zerkleinern, Essen anreichern, Essen komplett eingeben) 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.7	Wird beim Essen etwas verschüttet? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.8	Lässt die demenzkranke Person am Ende der Mahlzeit etwas auf dem Teller zurück? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.9	Weigert die demenzkranke Person sich je zu essen? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.10	Dreht die demenzkranke Person den Kopf zur Seite, wenn ihr Essen gereicht wird? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.11	Weigert sich die demenzkranke Person, den Mund zu öffnen? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.12	Spuckt die demenzkranke Person das Essen aus? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.13	Lässt die demenzkranke Person ihren Mund offen, so dass die Nahrung herausfällt? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.14	Weigert sich die demenzkranke Person zu schlucken? 0) Nie 1) Manchmal 2) Oft 99) Keine Angabe <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
9.15	Gesamtscore _____ von 20

10. Ernährungssituation: Essprobleme erleben								
	Bitte beurteilen Sie für jeden Punkt der nachfolgend mit „Ja“ markiert wurde wie sehr Sie das Symptom stört und wie Sie damit zurechtkommen.							
	Stört mich			Zurechtkommen				
	0 =	Stört mich überhaupt nicht		0 =	Ich komme sehr gut zurecht			
	1 =	Stört mich minimal		1 =	Ich komme überwiegend zurecht			
	2 =	Stört mich leicht		2 =	Ich komme meistens zurecht			
	3 =	Stört mich mittel		3 =	Ich komme nicht immer zurecht			
	4 =	Stört mich sehr		4 =	Ich komme selten zurecht			
	5 =	Stört mich sehr stark		5 =	Ich komme überhaupt nicht zurecht			
10.1	Hat die demenzkranke Person ein „eigenartiges“ Essverhalten entwickelt? z.B.: schnelles Essen; langsames Essen; im Stehen essen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.2	Hat die demenzkranke Person ein „unappetitliches“ Essverhalten entwickelt? z.B.: zu viel in den Mund; mit den Fingern essen; mit dem Essen oder anderen Tischutensilien spielen; Essen aus den Töpfen statt aus dem Teller. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.3	Ist die demenzkranke Person unruhig oder unkonzentriert während dem Essen? z.B. steht vom Tisch auf; lässt sich leicht ablenken; zupft ständig an Serviette oder Tischdecke; isst nicht Essbares. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.4	Hat die demenzkranke Person Schwierigkeiten selbständig zu essen? z.B.: findet das Essen nicht auf dem Teller; kann die Bewegung nicht koordinieren; kann mit dem Besteck nicht mehr richtig umgehen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.5	Verlangt die demenzkranke Person immer wieder dieselben Rituale beim Essen? z.B.: verlangt nach Mahlzeiten immer zur gleichen Zeit, verlangt nach demselben Geschirr; will immer ein Bier zum Essen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.6	Hat die demenzkranke Person ein „ablehnendes“ Verhalten entwickelt? z.B.: Essen wegstoßen; Essen ausspucken; Essen herumwerfen; Mund zusammen pressen; Unterstützung ablehnen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.7	Hat die demenzkranke Person Schwierigkeiten, sich selber mit Essen zu versorgen wenn sie alleine zu Hause ist? z.B.: findet Nahrungsmittel nicht; lässt die bereitgestellten Speisen/Getränke öfters unberührt; kann sich nicht erinnern, wann sie die letzte Mahlzeit gegessen hat; kann sich selber nichts zubereiten; vergisst den Herd abzustellen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stört mich: 0 1 2 3 4 5 Zurechtkommen: 0 1 2 3 4 5							
10.8	Gesamtscore							
10.9	10.8 Stört mich:			/ 35	10.9 Zurechtkommen:			/ 35

11. Wissen / Informationsverhalten		Teilnehmer-Nr.																																								
11.1	Haben Sie Kenntnisse über den Umgang mit demenzkranken Menschen? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>																																									
11.2	Haben Sie sich vor der Erkrankung des / der Angehörigen mit dem Thema „Ernährung“ beschäftigt? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>																																									
11.3	Wie hoch schätzen Sie bei den nachfolgenden Aspekten Ihre Kenntnisse ein? <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hoch</th> <th>Mittel</th> <th>Gering</th> <th>Keine</th> <th>kA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ernährung allgemein</td> <td>(3)</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> </tr> <tr> <td>b) Mangelernährung</td> <td>(3)</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> </tr> <tr> <td>c) Ernährung bei Demenz</td> <td>(3)</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> </tr> <tr> <td>d) Ess- und Schluckprobleme</td> <td>(3)</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> </tr> <tr> <td>e) Demenzkranke beim Essen unterstützen und fördern</td> <td>(3)</td> <td>(2)</td> <td>(1)</td> <td>(0)</td> <td>(99)</td> </tr> </tbody> </table>				Hoch	Mittel	Gering	Keine	kA	a) Ernährung allgemein	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)	b) Mangelernährung	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)	c) Ernährung bei Demenz	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)	d) Ess- und Schluckprobleme	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)	e) Demenzkranke beim Essen unterstützen und fördern	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)			
	Hoch	Mittel	Gering	Keine	kA																																					
a) Ernährung allgemein	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)																																					
b) Mangelernährung	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)																																					
c) Ernährung bei Demenz	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)																																					
d) Ess- und Schluckprobleme	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)																																					
e) Demenzkranke beim Essen unterstützen und fördern	(3)	(2)	(1)	(0)	(99)																																					
11.4	Wie stark sind Sie an Informationen über das Thema Ernährung interessiert? 0) Überhaupt nicht 99) Keine Angabe 1) Gering 2) Mittelmäßig 3) Sehr stark <input type="text"/>																																									
11.5	Haben Sie schon Informationen zum Thema „Ernährung bei Demenz“ eingeholt? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>																																									
11.6	Wenn „Ja“, über welche Quelle? Mehrfachantworten sind möglich: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Verwandte / Bekannte / Freunde</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>b) Andere Betroffene</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>c) Ernährungsberatung</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>d) Hausarzt / Neurologe</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>f) Selbsthilfegruppe</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>g) Radio / Fernsehen</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>i) Internet</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>j) Sonstiges</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>88) Irrelevant</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>99) Keine Angabe</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="text"/>				Nein	Ja	a) Verwandte / Bekannte / Freunde	(0)	(1)	b) Andere Betroffene	(0)	(1)	c) Ernährungsberatung	(0)	(1)	d) Hausarzt / Neurologe	(0)	(1)	e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige	(0)	(1)	f) Selbsthilfegruppe	(0)	(1)	g) Radio / Fernsehen	(0)	(1)	h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher	(0)	(1)	i) Internet	(0)	(1)	j) Sonstiges	(0)	(1)	88) Irrelevant			99) Keine Angabe		
	Nein	Ja																																								
a) Verwandte / Bekannte / Freunde	(0)	(1)																																								
b) Andere Betroffene	(0)	(1)																																								
c) Ernährungsberatung	(0)	(1)																																								
d) Hausarzt / Neurologe	(0)	(1)																																								
e) Beratungsstellen für pflegende Angehörige	(0)	(1)																																								
f) Selbsthilfegruppe	(0)	(1)																																								
g) Radio / Fernsehen	(0)	(1)																																								
h) Broschüren / Zeitschriften / Bücher	(0)	(1)																																								
i) Internet	(0)	(1)																																								
j) Sonstiges	(0)	(1)																																								
88) Irrelevant																																										
99) Keine Angabe																																										

11. Wissen / Informationsverhalten		Teilnehmer-Nr.
11.7	Würden Sie an einer Informationsveranstaltung / Fortbildung zum Thema „Ernährung bei Demenz“ teilnehmen? 0) Nein 1) Ja 99) Keine Angabe <input type="text"/>	
11.8	Wenn „Nein“, warum nicht? <hr/> <hr/>	
11.9	Gibt es etwas das Ihnen helfen könnte, besser mit der Ernährungssituation umzugehen? 0) Nein, ich habe keinen Bedarf 1) Nein, aus anderen Gründen 2) Ich weiß es nicht 3) Ja, nämlich: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Medikamentenliste		Teilnehmer-Nr.			
Medikament	Dosierung	Häufigkeit			
		Mo	Mi	Ab	Spät
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

für den Umgang mit der Ernährungssituation im Alltag: