

7 Anhang

- Patientenfragebogen 2000 und 2002
- Patientenfragebogen 2001
- Mini-Mental-Status-Test
- Personalfragebogen

Patientenfragebogen 2000 und 2002

Liebe Patientin, lieber Patient,
zur Durchführung einer wissenschaftlichen Studie möchte ich Sie bitten, folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte kreuzen Sie jeweils eine oder mehrere Aussagen mit Hilfe der Studentin/des Studenten an. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Personalien

Pat.-Name: _____

Station: _____

Zr.-Nr.: _____

Geb.-datum: _____

Geschlecht: m. w. **2. Familienstand**verheiratet verwitwet geschieden ledig getrennt Lebensgefährtin Kinder **3. Aufnahme**kommt von zu Hause Krankenhaus

Seit wann nicht mehr zu Hause wohnend _____

4. Allgemeine Anamnese/Allgemeinerkrankungen(siehe auch Patientenakte!)1. Regelmäßige Medikamenteneinnahme für Herz, Blutdruck, Atmung, Diabetes, Blutgerinnung oder sonstiges?

Wenn ja, welche: _____

Einnahme wofür: _____

2. Kardiovaskuläre ErkrankungenArteriosklerose

- sonstige: _____

3. Herzerkrankungen- rheumatisches Fieber - Erkrankungen der Koronararterien - Herzschrittmacher - Herzklappenerkrankung - Koronare Herzerkrankung - Angina Pectoris - Myokardinfarkt - pulmonale Herzerkrankung - Hypertonie - essentielle Hypertonie - orthostatisches Syndrom/orthostatisch bedingte Hypertonie

- sonstige: _____

4. Bluterkrankungen- Anämie

- sonstige: _____

5. Atemwegserkrankungen- Emphysem - chronische Bronchitis - Atemwegsinfekt - Pneumonie - Asthma

- sonstige: _____

6. Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems- Osteoporose - degenerative Gelenkerkrankung(z.B. Osteoarthrose)

| | |
|--|--------------------------|
| - rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> |
| - zervikale Spondylose | <input type="checkbox"/> |
| - Myasthenia gravis | <input type="checkbox"/> |
| - sonstige: _____ | |
| 7. Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes | |
| - Ösophagus | <input type="checkbox"/> |
| - Magen | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankungen des Dünndarmes | <input type="checkbox"/> |
| - sonstige: _____ | |
| 8. Endokrine Erkrankungen | |
| - Schilddrüse | <input type="checkbox"/> |
| - Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |
| - sonstige: _____ | |
| 9. Erkrankungen des Zentralnervensystems | |
| - Parkinson-Syndrom | <input type="checkbox"/> |
| - Arteriitis temporalis | <input type="checkbox"/> |
| - sonstige: _____ | |
| 10. Psychische Erkrankungen | |
| - Depression | <input type="checkbox"/> |
| - Neurose | <input type="checkbox"/> |
| - Schizophrenie | <input type="checkbox"/> |
| - sonstige: _____ | |
| 11. Allergien und medikamentenbedingte Erkrankungen | |
| Wenn ja, welche: _____ | |
| 12. Hauterkrankungen | |
| Wenn ja, welche: _____ | |
| 13. Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen | |
| Wenn ja, welche: _____ | |
| 14. Augenerkrankungen (z.B. Kurz- oder Weitsichtigkeit, Grauer Star) | |
| Wenn ja, welche: _____ | |
| 15. Akute Infektionserkrankungen | |
| Wenn ja, welche: _____ | |
| 16. Sonstige | |
| Erkrankungen: _____ | |
| 5. Grund des Krankenhausaufenthaltes: _____ | |
| 6. Zahnersatz(ZE) | |
| OK: | |
| Festsitzend seit: _____ | |
| Herausnehmbar seit: _____ | |
| Derzeitiger ZE seit: _____ | |
| UK: | |
| Festsitzend seit: _____ | |
| Herausnehmbar seit: _____ | |
| Derzeitiger ZE seit: _____ | |
| 7. Genaue Bezeichnung des ZE(festsitzender ZE, kombinierter ZE: welcher?, Modellgussprothese,totale Prothese) | |
| OK: _____ | |
| UK: _____ | |
| 8. Beschaffenheit des ZE | |
| befriedigend | <input type="checkbox"/> |
| reparatur-oder erweiterungsbedürftig | <input type="checkbox"/> |
| Material schlecht oder Zähne abradert | <input type="checkbox"/> |
| 9. Prothesenmarkierung(Patientenname) | |
| Markierung vorhanden | <input type="checkbox"/> |
| Markierung nicht vorhanden | <input type="checkbox"/> |
| Patient trägt keinen herausnehmbaren ZE | <input type="checkbox"/> |
| 10. Akzeptanz des ZE | |
| gut | <input type="checkbox"/> |
| mäßig | <input type="checkbox"/> |
| gering | <input type="checkbox"/> |

11. Behandlungsnotwendigkeit aus zahnmedizinischer Sicht

- ideal
- gut
- sollte behandelt werden
- muß behandelt werden

12. Akute Beschwerden

- Ja
- Nein
- Unbek.

Wenn ja, welche: _____

13. Behandlungswilligkeit

- Ja
- Nein
- Unbek.

14. Wichtigkeit der Mundgesundheit für den Patienten

- groß
- mäßig
- gering

15. letzter Zahnarztbesuch: _____**16. Zahnärztliche Behandlung in der Pflegeeinrichtung**

- Ja
- Nein
- Unbek.

17. Wunsch nach häufigerer zahnärztlicher Betreuung

- Ja
- Nein
- Unbek.

18. Mundhygiene

- Hilfsmittel:
- Zahnbürste
- Elektrische Zahnbürste
- Zahnseide/Superfloss
- Interdentalraumbürstchen
- Fluoridgelee/fluoridhaltige Spüllösung
- Sonstiges: _____

19. Frequenz des Zähneputzens

- unregelmäßig
- 1mal/Tag
- 2mal/Tag

20. Prothesenhygiene(bei herausnehmbaren ZE)

- Hilfsmittel:
- Zahnbürste
- Handbürste
- Chlorhexidinlösung
- Tablettenreinigungsbad
- Sonstiges: _____

21. Frequenz der Prothesenhygiene(bei herausnehmbaren ZE)

- unregelmäßig
- 1mal/Tag
- nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser
- jeden zweiten Tag nach dem Abbürsten in einer Lösung(Chlorhexidinlösung, Tablettenreinigungsbad)
- Aufbewahrung nachts in einem Glas mit sauberem Wasser
- Zusätzlich täglich mit weicher Bürste reinigen und massieren der Mundschleimhäute (auch der Zunge)

22. Durchführung der Mund-u.Prothesenhygiene

- Patient
- Patient mit Unterstützung der Angehörigen
- Patient mit Unterstützung des Pflegepersonals
- Pflegepersonal

23. Zustand der Prothesenhygiene

- gut
mäßig(wenige weiche u./o. harte Beläge)
schlecht(viele weiche u./o. harte Beläge)

24. Mobilität/Behinderungen

- Verminderte Sehfähigkeit
Verminderte Hörfähigkeit
Behinderungen der Hände
Verschlechterte Gehfähigkeit
Patient ist bettlägerig
Sonstiges: _____

25. Hilfsmittel:

- Brille
Hörgerät
Handstock
Unterarmgehstütze
Prothesen(Extr.)
Rollstuhl
Bett
Sonstiges: _____

26. Möglichkeit,Zahnarztpraxis aufzusuchen

- allein oder mit Begleitung
nur mit Behindertentransport
Transport für Zahnarztbesuch unzumutbar

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, Berlin, den _____

Fragebogen 2001:**Risikofaktoren für Mangelernährung bei geriatrischen Patienten**

| | |
|---|-----------|
| Auffallende Gewichtsabnahme in letzter Zeit - Ist Ihnen der Rock bzw. die Hose spürbar zu weit geworden? - Haben Sie in der letzten Zeit deutlich Gewicht abgenommen? (> 2-3 kg im letzten Monat oder > 5 kg im letzten Jahr) | ja / nein |
| Appetitlosigkeit / Veränderung des Appetits - Ist Ihr Appetit mäßig oder schlecht? - Hat er sich in den letzten Wochen verschlechtert? | ja / nein |
| Schwierigkeiten beim Kauen (Apfel, Fleisch, Brotrinde) - Haben Sie Probleme beim Apfel essen oder Fleisch beißen? - Macht es Ihnen Schwierigkeiten, Brot mit der Rinde/Kruste zu essen? | ja / nein |
| Schluckstörung (Cerebrale Ischämie, Morbus Parkinson) - Haben Sie Probleme beim Schlucken? | ja / nein |
| Schwierigkeiten beim Schneiden von Lebensmitteln - Haben Sie Probleme ein Stück Fleisch kleinzuschneiden? - Macht es Ihnen Schwierigkeiten, ein Marmeladebrot zu schmieren? | ja / nein |
| Immobilität (Gehen nur einige Schritte ohne Hilfe möglich) - Kann der Patient weniger als 10 m ohne Hilfsperson gehen? - Timed Up & Go > 20 s | ja / nein |
| Gastrointestinale Erkrankung - Krankheit mit Beeinträchtigung der Verdauung und/oder Resorption? | ja / nein |
| Chronische Schmerzen und/oder chronische Erkrankung - Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres mehrmals pro Woche Schmerzen? - Besteht bei dem Patienten eine Erkrankung mit Auswirkungen auf seine Ernährung? (Verminderte Nahrungsaufnahme z.B. bei Tumoren und/oder gesteigerter Nährstoffbedarf z.B. bei Stoffwechselerkrankungen) | ja / nein |
| Geistige Beeinträchtigung - Gesicherte Demenz - MSE < 24 Punkte | ja / nein |
| Depression / einschneidendes Lebensereignis (Tod des Partners, Umzug) - Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen? - GDS > 5 Punkte | ja / nein |
| Hoher Konsum an Medikamenten und/oder Genußmitteln - Nimmt der Patient 5 oder mehr verschiedene Medikamente pro Tag ein? - Raucht der Patient mehr als 10 Zigaretten pro Tag? - Trinkt der Patient mehr als 3 Gläser alkoholische Getränke pro Tag? | ja / nein |
| Unbefriedigende soziale Situation - Haben Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld über die Runden zu kommen? - Essen Sie zu Hause meistens alleine? - Ist es für Sie problematisch, selbst einzukaufen (bzw. einkaufen zu lassen) oder Ihr Essen zuzubereiten (bzw. zubereiten zu lassen?) | ja / nein |

Mini-Mental-Status-Test**Student:**

Name _____ Alter _____

Testdatum _____ Geschlecht m w

Schulbildung: _____ Beruf _____

| | Score |
|---|-----------------------------|
| 1. Orientierung | |
| 1. Jahr | 1 |
| 2. Jahreszeit | 1 |
| 3. Datum | 1 |
| 4. Wochentag | 1 |
| 5. Monat | 1 |
| 6. Bundesland/Kanton | 1 |
| 7. Land | 1 |
| 8. Stadt/Ortschaft | 1 |
| 9. Klinik/Spital/Praxis/Altersheim | 1 |
| 10. Stockwerk | 1 |
| | Σ _____ |
| 2. Merkfähigkeit | |
| 11. "Auto" | 1 |
| 12. "Blume" | 1 |
| 13. "Kerze" | 1 |
| Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der | Σ _____ |
| 3 Wörter: <input type="checkbox"/> | |
| 3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit(von 100 jew. 7 abziehen) | |
| 14. "93" | 1 |
| 15. "86" | 1 |
| 16. "79" | 1 |
| 17. "72" | 1 |
| 18. "65" | 1 |
| | Σ _____ |
| In Ausnahmefällen <u>alternativ</u> bei mathematisch ungebildeten Personen („Radio“ rückwärts buchstabieren) | |
| 19. o-i-d-a-r (max. 5 Punkte): <input type="checkbox"/> | |
| 4. Erinnerungsfähigkeit(Merken und später wiedergeben) | |
| 20. "Auto" | 1 |
| 21. "Blume" | 1 |
| 22. "Kerze" | 1 |
| | Σ _____ |
| 5. Sprache | |
| 23. Armbanduhr benennen | 1 |
| 24. Bleistift benennen | 1 |
| 25. Nachsprechen des Satzes: „Sie leiht ihm kein Geld mehr“ | 1 |
| | Σ _____ |
| 6. Ausführen eines dreiteiligen Befehls | |
| 26. Kommandos befolgen: | |
| - Blatt Papier in die rechte Hand, | 1 |
| - in der Mitte falten, | 1 |
| - auf den Boden legen | 1 |
| | Σ _____ |
| 7. Lesen und Ausführen | |
| 27. Anweisung auf der Rückseite dieses Blattes vorlesen und befolgen | 1 |
| 28. Schreiben eines vollständigen Satzes(Rückseite) | 1 |
| 29. Nachzeichnen(s. Rückseite) | 1 |
| | Σ _____ |
| Gesamtpunktwert: | <u> </u> |

Personalfragebogen

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter des Max-Bürger-Zentrums,
zur Durchführung einer wissenschaftlichen Studie möchte ich Sie bitten, folgende Fragen
wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte kreuzen Sie jeweils eine oder mehrere Aussagen an.
Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig und erfolgt anonym.

1. Wenden sich Patienten mit Beschwerden an den Zähnen, in der Mundhöhle oder am Zahnersatz an Sie?

- Sehr oft
Gelegentlich
Nie

2. Wen informieren Sie bei oben angegebenen Beschwerden?

- Die Angehörigen
Nicht-Verwandte
Den Stationsarzt

Sonstiges: _____

3. Wie oft wurde in den letzten vier Wochen auf Ihrer Station mit dem Hauszahnarzt des M-B-Z zusammengearbeitet?

- Nie
1mal
2mal
3mal
4mal
öfter
Unbek.

4. Arbeiten Sie in der Patientenbetreuung mit Zahnärzten zusammen?

- Oft
Gelegentlich
Nie
Unbek.

5. Wer führt meistens die Mund- und Prothesenhygiene am Patienten durch?

- Patient
Patient mit Unterstützung der Angehörigen
Patient mit Unterstützung von Nicht-Verwandten
Patient mit Ihrer Unterstützung
Sie als Pflegerin/Pfleger

6. Wieviel Zeit haben Sie ungefähr für die Durchführung/Unterstützung bei der Mund- und Prothesenhygiene an einem Patienten pro Tag:

7. Was empfinden Sie bei der Mund- u. Prothesenhygiene (herausnehmbarer Zahnersatz)?

- Ekel/Abscheu
keine Empfindung/Unberührtheit
Sonstiges: _____

8. Welche Hilfsmittel benutzen Sie bei der Mundhygiene am Patienten?

- Hilfsmittel:
Zahnbürste
Elektrische Zahnbürste
Zahnseide/Superfloss
Interdentalraumbürstchen
Fluoridgelee/fluoridhaltige Spüllösung
Sonstiges: _____

9. Wie oft führen Sie bei einem Patienten die Mundhygiene durch bzw. unterstützen Sie ihn dabei?

- Nie
unregelmäßig
1mal/Tag
2mal/Tag
nach jeder Mahlzeit

10. Welche Hilfsmittel benutzen Sie bei der Prothesenhygiene(herausnehmbarer Zahnersatz) ?

Hilfsmittel:

- Zahnbürste
Handbürste
Reinigungsmittel(Seife o.ä.)
Chlorhexidinlösung
Tablettenreinigungsbad
Ultraschallbad mit Impresept od. 3%-iger Wasserstoffperoxidlösung

Sonstiges: _____

11. Haben Sie schon einmal das Ultraschallbad mit Impresept benutzt?

- Nie
Unregelmäßig
Jeden zweiten Tag

12. Wie oft führen Sie bei einem Patienten die Prothesenhygiene(herausnehmbarer Zahnersatz) durch bzw. unterstützen ihn dabei?

- nie
unregelmäßig
1mal/Tag
nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser
jeden zweiten Tag nach dem Abbürsten in einer Lösung(Chlorhexidinlösung,
Tablettenreinigungsbad,Ultraschallbad mit Impresept od. 3%-iger Wasserstoffperoxidlösung)
Aufbewahrung nachts in einem Glas mit sauberem Wasser
Zusätzlich täglich mit weicher Bürste reinigen und massieren der
Mundschleimhäute(auch der Zunge)

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, Berlin, den _____