


Udfyldes før besøget (hele siden)

Holder du din vægt? JA/NEJ Er du faldet inden for det sidste år? JA/NEJ

Hvordan synes du dit
helbred er alt i alt? 

Fremragende	1	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	2	<input type="checkbox"/>
Godt	3	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	4	<input type="checkbox"/>
Dårligt	5	<input type="checkbox"/>

Føler du dig frisk nok til at
gennemføre det, som du
har lyst til at gøre?

Ja, for det meste	1	<input type="checkbox"/>
Ja, af og til	2	<input type="checkbox"/>
Nej, sjældent	3	<input type="checkbox"/>

EuroQol 5-d

1. Bevægelighed

Jeg har ingen problemer med at gå omkring	1	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at gå omkring	2	<input type="checkbox"/>
Jeg er bundet til sengen	3	<input type="checkbox"/>

2. Personlig pleje

Jeg har ingen problemer med min personlige pleje	1	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogen problemer med at vaske mig eller klæde mig på	2	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på	3	<input type="checkbox"/>

3. Sædvanlige aktiviteter (arbejde, studie, husarbejde, familie-fritidsaktiviteter)

Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	1	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	2	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter	3	<input type="checkbox"/>

4. Smerter eller ubehag

Jeg har ingen smerter eller ubehag	1	<input type="checkbox"/>
Jeg har moderate smerter eller ubehag	2	<input type="checkbox"/>
Jeg har ekstreme smerter eller ubehag	3	<input type="checkbox"/>

5. Ængstelig eller deprimeret

Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	1	<input type="checkbox"/>
Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	2	<input type="checkbox"/>
Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	3	<input type="checkbox"/>

Sker det nogensinde, at du er alene,
selvom du egentlig havde mest lyst til
at være sammen med andre

Ja, ofte	1	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	2	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	3	<input type="checkbox"/>
Nej	4	<input type="checkbox"/>

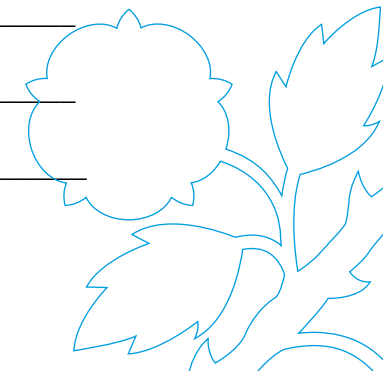


Besøgsark
Forebyggende hjemmebesøg
(spørgsmål på bagsiden udfyldes før besøg)

Dato: _____

Navn: _____

Besøger: _____



Udfyldes ved besøget (hele siden):

Kan du rejse dig fra stolen uden at bruge dine arme? JA/NEJ

FYSISK FUNKTIONSTEST

Gentaget "oprejsning" fra stol uden at bruge armene? Gange/30 sek.: _____

Referenceværdier (antal gange/30 sekunder):

Alder	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Kvinder	12-17	11-16	10-15	10-15	9-14	8-13
Mænd	14-19	12-18	12-17	11-17	10-15	8-14

SÆTTE SIG 5-10 GANGE ØVELSE

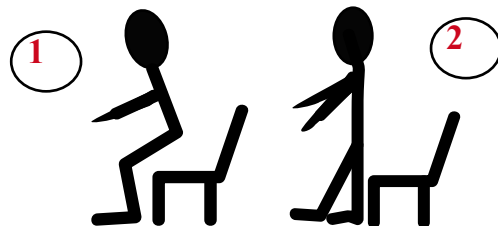
UDEN AT BRUGE STØTTE

- Ændre højden - sværere med lavere stol
- Luk øjnene



SQUAT 5-10 GANGE ØVELSE

- Inden man sætter sig, holder man stillingen i 10 sek., og retter sig derefter op igen
- Jo bedre man bliver, jo længere tid i squat



Udfyldes ved besøget (hele siden):

STÅ UDEN STØTTE I 10 SEKUNDER



Tandem _____ sekunder

Semitandem _____ sekunder

Fuld tandem _____ sekunder

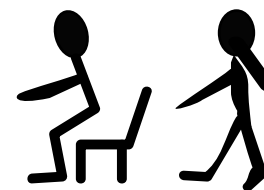
ØVELSE

BALANCEØVELSER 5 MIN.

1. Stå med samlede ben uden støtte
 - kig op, ned, til siderne - hold balancen 
 - løft armene mod loftet - hold balancen
 - luk øjnene - hold balancen.
2. Skridt stående uden støtte
 - kig op, ned, til siderne - hold balancen 
 - løft armene mod loftet - hold balancen
 - luk øjnene - hold balancen.

TIMED UP and GO (måling af basismobilitet)

1. Rejse sig fra stol uden brug af arme
2. Gå 3 meter
3. Sætte sig igen _____ sekunder



0 - 12 sek. = God
12 - 20 sek. = Nogenlunde
20+ = Dårlig