

Checkliste für die persönliche Gesundheitsförderung

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Ausgefüllt am:

Bewegung

| | gut | mittel | zu wenig | weitere Massnahmen |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Kraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gleichgewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ausdauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Ernährung

| | genügend | wenig | zu wenig | weitere Massnahmen |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Eiweiss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Calzium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vitamin D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Früchte/Gemüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vollkornprodukte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Schlaf

weitere Abklärungen

| | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| Erholt am Morgen Tagesschläfrigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> ab u. zu | <input type="checkbox"/> selten | _____ |
| | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab u. zu | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

| nächtliches Aufwachen: durch Wasserlassen | nein | ab und zu | häufig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| durch Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

| Starkes Schnarchen | nein | ab und zu | häufig | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Atempausen nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Muskelzuckungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ruheloze Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Hören und Sehen

| | gut | mittel | schlecht | weitere Abklärungen |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Hören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Seelisches Wohlbefinden

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| | hoch | mittel | schlecht | Massnahmen |
| Meine Lebenszufriedenheit ist: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Geistige Fitness

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | gut | mittel | schlecht | |
| Merkfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sprachlicher Ausdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Örtliche Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Finanzielle Situation

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | nein |
| Ich kann meine Lebenskosten decken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei Antwort nein:

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| Anspruch auf Prämienverbilligung der Krankenkasse? | Ja | nein | Massnahmen |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Anspruch auf Ergänzungsleistungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Patientenverfügung

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| | Ja | nein | Massnahmen |
| Ich habe eine Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Die Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

Angehörigen/Nahestehende

Name: _____ Adresse: _____

meinem Arzt

Name: _____ Adresse: _____

Wohnsituation

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| | Ja | nein | Massnahmen |
| Ich möchte zuhause bleiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ich möchte die Wohnsituation verändern: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

