



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



## **Tablet-Based Cognitive Gaming Platform for seniors**

**2018-1-TR01-KA204-058258**

### **IO3 Zugängliche Lernplattform für Trainer**

"Diese Informationen geben nur die Ansicht des Konsortiums wieder, und die Kommission ist nicht verantwortlich für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen."



## A. Kurzer Aufnahmetest

**Bitte bewerten Sie Ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag.**

1. Müssen Sie oft das Gleiche wiederholt fragen?  
 Überhaupt nicht  
 Manchmal  
 Häufig  
 Trifft nicht zu
2. Haben Sie Schwierigkeiten, sich an Termine, Familienanlässe, Feiertage zu erinnern?  
 Überhaupt nicht  
 Manchmal  
 Häufig  
 Trifft nicht zu
3. Haben Sie Probleme mit der Bankkarte, beim Bezahlen von Rechnungen, beim Berechnen der Rechnung usw.?  
 Überhaupt nicht  
 Manchmal  
 Häufig  
 Trifft nicht zu
4. Haben Sie Schwierigkeiten, selbstständig einzukaufen (z. B. Kleidung oder Lebensmittel)?  
 Überhaupt nicht  
 Manchmal  
 Häufig  
 Trifft nicht zu
5. Verlaufen Sie sich beim Gehen oder Fahren an vertrauten Orten?  
 Überhaupt nicht  
 Manchmal  
 Häufig  
 Trifft nicht zu

## B. Pre-test geriatrische Skala

**Bitte definieren Sie Ihre Situation für die folgenden Aktivitäten.**

6. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?  
 Ja  
 Nein
7. Haben Sie mit zunehmendem Alter viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?



- Ja
- Nein

8. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist oder Sie fühlen sich sinnlos?

- Ja
- Nein

9. Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?

- Gut gelaunt und/oder energiegeladen
- Hoffnungslos und/oder hilflos

10. Bleiben Sie lieber zu Hause, als auszugehen und neue Dinge zu unternehmen?

- Ja
- Nein

11. Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr Probleme mit dem Gedächtnis haben als die meisten Menschen?

- Ja
- Nein

12. Haben Sie ein gesundes Sozialleben im Vergleich zu Ihren Altersgenossen?

- Ja
- Nein

### **C. Fragebogen zu funktionalen Aktivitäten**

**Bitte definieren Sie Ihren Abhängigkeitsgrad für folgende Aktivitäten**

13. Einkaufen von Kleidung, Haushaltsgegenständen oder Lebensmitteln

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun

14. Erledigung von Aufgaben im Haushalt, wie z. B. Kaffee/Tee kochen, putzen, Wäsche waschen, einfache Haushaltsgeräte bedienen.

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun

15. Einer Fernsehsendung oder einem Gespräch unter Freunden Aufmerksamkeit schenken, sich unterhalten oder diese verstehen.

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun



16. Erinnern Sie sich an Termine, Familienanlässe, Feiertage, Medikamente.

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun

17. Aussuchen unbekannteren Orte.

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun

18. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

- Völlig abhängig
- Ich benötige Hilfe
- Ich habe Schwierigkeiten, aber ich kann es selbständig tun
- Ich kann es selbständig tun

## **D. Beurteilung des Problemverhaltens - Kognitive Symptome**

**Bitte definieren Sie den Grad oder die Häufigkeit der folgenden kognitiven Symptome**

19. Fühlen oder verhalten Sie sich verwirrt oder abwesend?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

20. Sprechen Sie mit sich selbst oder murmeln Sie vor sich hin?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

21. Hören oder sehen Sie Dinge, die nicht da waren?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

22. Vergessen Sie die Namen von Familienmitgliedern oder engen Freunden?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

23. Vergessen Sie die richtigen Worte zu benutzen?



- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

## **E. Beurteilung von Problemverhalten – Verhaltenssymptome**

**Bitte definieren Sie den Grad oder die Häufigkeit der folgenden Verhaltenssymptome**

24. Ausschreien oder beschimpfen von Personen/Dinge/Situationen at

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

25. Fühlen oder handeln Sie unruhig oder aufgeregt?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

26. Fühlen oder handeln Sie ohne guten Grund ängstlich?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

27. Haben Sie unangemessenes sexuelles Verhalten an den Tag gelegt?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten

28. Wollen Sie nicht in Ruhe gelassen werden?

- Meistens oder die ganze Zeit
- Oft
- Manchmal
- Fast nie / sehr selten