

**DEUTSCHE VERSION DES INDEX ZUM BEITRAG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER ZUR  
SELBSTPFLEGE BEI PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ (G-CC-SCHFI)**

(GERMAN VERSION OF THE CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE  
INDEX)

**Wir möchten Sie bitten, über die Unterstützung, die Sie der Person mit Herzschwäche in den letzten Monaten gegeben haben, nachzudenken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.**

**A Wie häufig empfehlen Sie der Person, um die Sie sich kümmern, folgende Tätigkeiten durchzuführen (oder wie häufig führen Sie diese Tätigkeiten durch, weil die Person, um die sie sich kümmern, dazu selbst nicht in der Lage ist)?**

		Nie oder selten	Manchmal	Oft	Immer oder täglich
A1	Sich zu wiegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Die Fußknöchel auf Schwellungen zu überprüfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Versuchen, nicht krank zu werden (z.B. durch Grippeimpfung, Kontakt mit kranken Menschen zu meiden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Sich ein wenig körperlich zu betätigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Termine mit dem Haus-/Facharzt oder dem/der Gesundheits- und Krankenpfleger/in einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Salzarm zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Sich 30 Minuten zu bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Nicht zu vergessen, die Medikamente einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9	Beim Essen auswärts oder bei Besuchen nach salzarmen Speisen zu fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10	Ein System (Tablettenbox, Erinnerungszettel) zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

**B Viele Patienten haben auf Grund ihrer Herzschwäche Symptome. Atembeschwerden und geschwollene Fußknöchel sind übliche Symptome der Herzschwäche.**

**Hatte im letzten Monat die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel? Bitte nur eine Antwort einkreisen.**

Nein	<input type="checkbox"/>	0
Ja	<input type="checkbox"/>	1

**B Wenn die Person, um die Sie sich kümmern, im letzten Monat Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hatte...**

**Wie schnell haben Sie dies als Symptom der Herzschwäche erkannt?**

B11	Hatte diese Beschwerden nicht	<input type="checkbox"/>	n/a
	Habe ich nicht erkannt	<input type="checkbox"/>	0
	Nicht schnell	<input type="checkbox"/>	1
	Ziemlich schnell	<input type="checkbox"/>	2
	Schnell	<input type="checkbox"/>	3
	Sehr schnell	<input type="checkbox"/>	4

**B Wenn die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hat, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie folgende Maßnahmen empfehlen oder selbst durchführen?**

		Nicht wahrscheinlich	Ziemlich wahrscheinlich	Wahrscheinlich	Sehr wahrscheinlich
B12	Reduzieren von Salz im Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13	Reduzieren der Flüssigkeitsmenge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14	Einnehmen einer extra Wassertablette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15	Den Haus-/Facharzt oder den/die Gesundheits- und Krankenpfleger/in zu konsultieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

**B Denken Sie an die Maßnahme, die Sie zuletzt versucht haben, als die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hatte.**

**Wie sicher waren Sie, dass diese Maßnahme geholfen oder nicht geholfen hat?**

B16	Trifft nicht zu	Ich habe nichts versucht	Nicht sicher	Ziemlich sicher	Sicher	Sehr sicher
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**C Wie sicher sind Sie sich im Allgemeinen, dass Sie in Bezug auf die Person, um die Sie sich kümmern, folgende Dinge tun können?**

		Nicht sicher	Ziemlich sicher	Sehr sicher	Äußerst sicher
C17	Sie/ihn von Symptomen der Herzschwäche freizuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18	Den Behandlungsempfehlungen zu folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C19	Die Bedeutung der Symptome einzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20	Veränderungen in ihrer/seiner Gesundheit zu erkennen, wenn sie auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C21	Etwas zu tun, was ihre/seine Symptome lindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22	Einzuschätzen, wie gut eine Maßnahme wirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4