

## German Life-Space-Assessment LSA-D

DIE NÄCHSTEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF IHRE AKTIVITÄTEN IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN:		A. WIE HÄUFIG WAREN SIE IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN IN (Name des Life-Space-Levels)? Häufigkeit				WIE SIND SIE DORT HINGEKOMMEN?					
						B. HABEN SIE HILFSMITTEL ODER AUSRÜSTUNG VERWENDET?		C. BENÖTIGTEN SIE DAFÜR DIE HILFE EINER ANDEREN PERSON?			
WAREN SIE IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN...		Ja	Nein	Weniger als 1 mal die Woche	1-3 mal die Woche	4-6 mal die Woche	Täglich	Unbekannt / keine Angabe	Ja	Nein	Unbekannt / keine Angabe
IN ANDEREN RÄUMEN IHRES ZUHAUSES außer dem Raum, in dem Sie schlafen? <i>LIFE-SPACE 1</i>	<b>LS1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN DER NÄHEREN UMGEBUNG AUSSERHALB IHRER WOHNUNG (Hausflur, Terrasse, Balkon, Fahrstuhl, Hof, Garage, hauseigener Garten, Auffahrt)? <i>LIFE-SPACE 2</i>	<b>LS2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AN ORTEN IN IHRER NACHBARSCHAFT, aber außerhalb Ihrer Wohnung oder Ihrer näheren Wohnumgebung? <i>LIFE-SPACE 3</i>	<b>LS3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AN ORTEN AUSSERHALB IHRER NACHBARSCHAFT, aber innerhalb der Stadt oder der Ortschaft, in der Sie leben? <i>LIFE-SPACE 4</i>	<b>LS4</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AN ORTEN AUSSERHALB DER STADT ODER DER ORTSCHAFT, in der Sie leben? <i>LIFE-SPACE 5</i>	<b>LS5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>