

## Frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall

Datum

### Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

### Del 1

1. Har du fallit det senaste året?	Ja	Nej
2. Är du rädd för att falla?	Ja	Nej
3. Finns det risk för fall?	Ja	Nej

### Del 2

Om Ja på någon av ovanstående frågor 1 - 3 fortsatt att svara på nedanstående frågor.

4. Snubblar du över lösa sladdar, låga möbler, mattkanter eller andra saker i din väg?	Aldrig	Sällan	En gång i veckan	Mer än en gång i veckan
5. Finns det fasta, stadiga saker som du kan ta tag/hålla i om du känner dig ostadig?	Överallt	På de flesta ställen	På något/några ställen	Inget ställe
6. Har du bra belysning i ditt hem (även nattetid vid toalettbesök)?	Alltid	Nästan alltid	Ibland	Har oftast mörkt
7. Vad har du på fötterna när du är inomhus?	Skor	Tofflor	Strumpor	Jag går barfota
8. Har du svårt att sätta dig på eller resa dig från toaletten?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
9. Har du svårt att ta dig i och ur dusch eller badkar?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
10. Har du svårt att gå i trappor eller kliva på en stege hemma?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
11. Måste du stå på tå för att nå saker exempelvis i köket?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
12. Här du går utomhus, är det då ojämnt underlag, dålig trottoar, hala trappor eller andra problem som gör att du blir ostadig eller tappar balansen?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
13. Om du faller och inte kan ta dig upp kan du snabbt få hjälp då?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
14. Blir du ostadig eller yr om du hastigt vänder dig om eller om du böjer dig ner för att plocka upp något från golvet?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
15. Blir du yr om du hastigt reser dig upp från sittande till stående?	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
16. Tar du 4 eller fler mediciner varje dag?	Ja	Nej		

