**1. Ein- und Ausschlusskriterien für die Vor-Rekrutierung**

**Dieser potentiellen Persone haben wir die Studie CHEF präsentiert. Sie ist einverstanden zusätzliche Informationen von Regionalkoordinator zu erhalten**

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jahrgang\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **AUFNAHMEKRITERIEN** |
| **65 Jahre oder älter** | **JA** | **NEIN** |
| **Lebt zu Hause** | **JA** | **NEIN** |
| **Bewegt sich selbständig zu Hause, ohne Unterstützung weder durch eine dritte Person noch durch Hilfsmittel** | **JA** | **NEIN** |
| **Ist mindestens einmal in den letzten 12 Monate hingefallen UND/ODER** | **JA** | **NEIN** |
| **An der Frage „*Haben Sie Angst zu fallen*?“ die Antwort ist:** | **JA** | **NEIN** |
| **Beherrscht Deutsch** | **JA** | **NEIN** |
| **AUSSCHLUSSKRITERIEN** |
| **Sehvermögen erlaubt die Benützung von Broschüre, Tablett, Kalender und Trainingsheft** | **NEIN** | **JA** |
| **Momentan in aktiver physiotherapeutischer Behandlung für Gleichgewicht** | **JA**  | **NEIN** |
| **Vorliegen von kognitiven Defiziten** | **JA** | **NEIN** |

Ausggefüllt von : Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rekrutierungsinstitution \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_