

**CLIENT SOCIODEMOGRAPHIC AND SERVICE
RECEIPT INVENTORY (CSSRI - EU)**

EU BIOMED study: QUATRO

VARIATIONS FROM STANDARD CSSRI-QUATRO:

**1. GREEN TEXT INDICATES ADDITIONAL ITEMS INSERTED BY LOCAL
SITE FOR OWN PURPOSES**

Zentrum Patienten- ID Datum / /
T T M M J J

Erhebungszeitpunkt (Auswahl) Baseline 12 month follow-up

1. SOZIODEMOGRAPHISCHE INFORMATIONEN

1.1	Geburtsdatum	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> T T M M J J
1.2	Geschlecht	1 weiblich	
		2 männlich	<input type="checkbox"/>
1.3	Ehestand	1 Single/ Unverheiratet	
		2 Verheiratet	
		3 Getrennt Lebend	
		4 Geschieden	
		5 Verwitwet	
		9 Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
1.4	Herkunft (Definitionen siehe Manual)	_____	
1.5	Geburtsland	Land _____	
1.6	Muttersprache	1 Deutsch	
		2 Andere (gute Deutschkenntnisse)	
		3 Andere (geringe Deutschkenntnisse)	<input type="checkbox"/>
1.7	Jahre <u>allgemeiner</u> Schulausbildung	Schuljahre	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.8	Höchster erlangter <u>Schulabschluss</u>	1 Grundschulausbildung	
		2 Hauptschule/Realschule	
		3 Abitur/ Hochschulreife	
		4 anderer Schulabschluss	
		9 Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
[MANSA]	Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt des Schulabschlusses?		<input type="text"/> <input type="text"/>

1.9 Welche Berufsausbildung oder welches Studium haben Sie absolviert oder führen sie im Moment aus? (Mehrfachantworten möglich)

Berufsausbildung	(< 1 Jahr)	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung	(> 1 Jahr)	<input type="checkbox"/>
Abitur/ Hochschulreife		<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss		<input type="checkbox"/>
Promotion/ Dissertation		<input type="checkbox"/>
Andere Berufsausbildung		<input type="checkbox"/>
Bis jetzt keine Berufsausbildung		<input type="checkbox"/>

EQ-SD ERGÄNZUNG

1. Haben Sie Erfahrungen mit ernsthafter Krankheit gemacht?

	Ja	Nein
bei Ihnen selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrer Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Pflege anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie alt sind Sie?

3. Sind Sie:

	männlich	weiblich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sind Sie:

gegenwärtige Raucher(in)	<input type="checkbox"/>
ein(e) ehemalige(r) Raucher(in)	<input type="checkbox"/>
noch nie Raucher(in) gewesen	<input type="checkbox"/>

5. Arbeiten Sie zur Zeit im Gesundheitswesen oder einer sozialen Einrichtung, oder haben Sie jemals dort gearbeitet?

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

Wenn ja, in welcher Funktion?.....

6. Welche der folgenden beschreibt Ihre Haupttätigkeit am besten?

Angestellt oder selbständig	<input type="checkbox"/>
Im Ruhestand	<input type="checkbox"/>
Hausarbeit	<input type="checkbox"/>
Student(in)/ Azubi	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>
Andere (Bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>

7. Haben Sie eine höhere Schule besucht oder eine Lehre oder Ausbildung gemacht?

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

8. Haben Sie einen akademischen Grad oder eine entsprechende berufliche Qualifikation?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

9. Wenn Sie Ihre Postleitzahl kennen, schreiben Sie sie bitte hier auf:

2. AKTUELLE WOHNSTUATION

2.1 Wie leben Sie zur Zeit normalerweise?

1	Allein (+/- Kinder)	
2	Mit Ehepartner/in (+/- Kinder)	
3	Mit Partner/in	
4	Mit Eltern	
5	Mit anderen Verwandten	
6	Mit anderen Personen	
9	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>

2.2 Wo wohnen Sie zur Zeit normalerweise?
(siehe Definitionen im Manual)

<u>Privat / Familie</u>	1 Eigentumswohnung oder eigenes Haus	
	2 Mietwohnung/ -haus von priv. Vermieter	
	3 Mietwohnung einer örtlichen Behörde/ Stadtverwaltung oder Wohnungsverwaltung (z.B. LWB, AWG)	
<u>Gemeinde (nicht im Krankenhaus)</u>	4 Übernachtungseinrichtung mit 24-Std.- Betreuung	
	5 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung weniger als 24 Stunden	
	6 Übernachtungseinrichtung ohne Betreuung	
<u>Krankenhaus</u>	7 Psychiatrische Station	
	8 Psychotherapeutische Station/ Rehabilitation	
	9 Langzeitaufenthalt auf psychiatrischer Station	
	10 nichtpsychiatrische/ psychotherap. Station	
	11 Obdachlos	
	12 Andere _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3 **Bei privater Wohnsituation:**

Wie viele Erwachsene leben dort? (Alter > 18 Jahre)	Zahl der Erwachsenen (Patient mitgerechnet)	<input type="checkbox"/>
Wie viele Kinder leben dort? (Alter < 18 Jahre)	Zahl der Kinder	<input type="checkbox"/>
[MANSA] Wie viele Kinder haben Sie insgesamt?		<input type="checkbox"/>

Beachte: **Bei Krankenhausaufenthalt oder Gemeindewohnung:**

(Nach dem Interview mit der Patientin/dem Patienten das Zusatzblatt vom Krankenhauspersonal ausfüllen lassen bzw. Patientin/Patienten selbst befragen)

2.4 Haben Sie in den letzten drei Monaten noch irgendwo anders gelebt?
 Ja = 1 Nein = 2

Falls ja: Vervollständigen Sie bitte die Tabelle!

Art der Unterbringung (siehe 2.2 Kodierung)	Anzahl der Aufenthaltstage in den letzten 3 Monaten

3. **BESCHÄFTIGUNG UND EINKOMMEN**

3.1 Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach? Welcher Art der Arbeit?
 1 Selbständig oder Angestelltenverhältnis
 2 Ehrenamtliche Arbeit
 3 Geschützte Tätigkeit
 4 Erwerbslos/ Arbeitssuchend
 5 Studium/ Ausbildung/ Umschulung
 6 Hausfrau/ Hausmann
 7 Rente (Alter, Vorruhestand, Erwerbsunfähigkeit)
 8 Andere _____

3.2 **Wenn derzeit ein Arbeitsverhältnis besteht:** Als was arbeiten Sie zur Zeit?
 (Definitionen siehe Manual)
 1 leitende/r Angestellte
 2 Berufstätige/r
 ("freie Berufe", z.B. Juristin)
 3 Berufstätige/r mit qualifiz. Ausbildung
 (z.B. Rechtsanwaltsgehilfe)
 4 Büroangestellte/r
 5 Facharbeiter/ in
 6 Kundendienstmitarbeitende/r
 7 Industriearbeitende/r
 8 Andere _____

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?

Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit aufgrund der Erkrankung fernbleiben
 (in den letzten 3 Monaten)? Fehltage

3.3 **Falls erwerbslos:**
 Wie viele Wochen waren Sie erwerbslos (in den letzten 3 Monaten)?
 Anzahl der Wochen

3.4 Erhalten Sie irgendwelche finanziellen Unterstützungen (außer privaten)?

Ja = 1 Nein = 2

Falls ja: Welche Unterstützungen erhalten Sie?
(Mehrfachantworten möglich)

Internationale Kategorien

Nationale Varianten

Arbeitslosenunterstützung/
Sozialhilfe

Arbeitslosengeld oder -hilfe

Sozialhilfe

Krankheit/Behinderung

Erwerbsunfähigkeitsrente

Berufsunfähigkeitsrente

EU-Rente

Krankengeld

Pflegegeld

Wohnen

Wohngeld

Andere

Altersrente

Hinterbliebenenrente

Kindergeld

3.5 Was ist Ihre Haupteinkommensquelle?

1 Gehalt/ Lohn

2 Sozialleistungen

3 Rente

4 Familiäre Unterstützung

5 Andere

3.6 Wie hoch ist Ihr Netto-Einkommen (Abzüge eingerechnet)?
(Beachte: notfalls kann auch das Bruttoeinkommen benannt werden)

	Im Monat
1	Weniger als €500
2	€500 bis €920
3	€920 bis €1270
4	€1270 bis €1790
5	Mehr als €1790

BRUTTO oder **NETTO**

4. INANSPRUCHNAHME VON VERSORGUNGSLEISTUNGEN

4.1 **Stationär:** Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten **12 Monate** auf!
(Beachte: „0“- falls keine Versorgungsleistung genutzt; siehe Definitionen im Manual)

Einrichtung	Aufenthalte	Anzahl der Tage auf Station (in den letzten 12 Monaten)
Psychiatrische Station		
Psychotherapeutische Station/ Rehabilitation		
Langzeitaufenthalt auf psychiatrischer Station		
Notfallstation/ Krisenzentrum		
Nichtpsychiatr./ Psychoth. Station		
Andere _____		

4.2 **Teilstationär:** Bitte führen Sie alle **tagesklinischen Krankenhausaufenthalte** während der letzten **3 Monate** auf.
(Beachte: „0“ - falls keine Versorgungsleistung genutzt; siehe Definitionen im Manual)

Einrichtung	Einheit	Anzahl der Einheiten (in den letzten 3 Monaten)
Ambulanz	Termine	
And. ambulante Krankenhausaufenthalte, einschl. Notfallambulanz	Termine	
Tagesklinik	Tage	
Andere _____		

4.3 **Komplementär:** Bitte führen Sie alle Besuche **komplementärer Einrichtungen** (in den letzten **3 Monaten**) auf.
(Beachte: “0” - falls keine Versorgungsleistung genutzt; siehe Definitionen im Manual)

Einrichtung	Anzahl der Besuche	Durchschnittliche Besuchsdauer
Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. Verbund Gemeindenahe Psychiatrie)		
Kontakt- und Beratungsstellen, Tageszentren		
Gruppentherapie		
Geschützte Werkstätten (z.B. Verein zur Wiedereingliederung)		
Spezielle Ausbildung (z.B. bei Durchblick e.V.)		
Andere _____		

4.4 **Ambulant:** Bitte führen Sie alle ambulant in den letzten **3 Monaten** genutzten Versorgungsangebote auf.
(Beachte: "0" - falls keine Versorgungsleistung genutzt; siehe Definitionen im Manual)

Einrichtung/ Bereich	Sektor (1 = Gemeinde 2 = ehrenamtlich 3 = private)	Anzahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte (Minuten)
Niedergelassener Psychiater/ Nervenarzt			
Niedergelassener Psychologe			
Hausarzt			
Pflegekraft			
Gemeindeschwester			
Sozialarbeiter			
Arbeitstherapeutische Begleitung			
Hauswirtschaftshilfe			
Andere _____			
Andere _____			

4.5 Waren Sie während der letzten 3 Monate in Kontakt mit **Polizei oder Justiz**?

Ja = 1 Nein = 2

Falls ja: Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt?

(Beachte: Kontakt = Befragung oder Aufenthalt für einige Stunden, jedoch nicht über Nacht)

Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam oder Gefängnis verbracht?

Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung?

Wie viele straf- oder zivilrechtliche Gerichtsvorladungen erfolgten?

strafrechtlich

zivilrechtlich

6. VERSORGUNG DURCH ANGEHÖRIGE

6.1 Haben Ihnen in den letzten 3 Monaten **Freunde oder Angehörige** aufgrund Ihrer Erkrankung Hilfen und Unterstützung gegeben?

<i>Unterstützung</i>	<i>Kreis o</i>	<i>durchschnittl. Dauer der Hilfen pro Woche (in Stunden)</i>
Kinderbetreuung (<i>“nein”, falls Person keine Kinder hat</i>)	Nein Ja	
Persönliche Unterstützung (<i>e.g. washing, dressing etc.</i>)	Nein Ja	
Hilfen im Haushalt (<i>z.B. Kochen, Putzen</i>)	Nein Ja	
Hilfen außerhalb der Wohnung (<i>z.B. Einkauf, Transport</i>)	Nein Ja	
andere _____	Nein Ja	

VIELEN DANK

**CLIENT SOCIODEMOGRAPHIC AND SERVICE
RECEIPT INVENTORY (CSSRI - EU)**

EU BIOMED study: QUATRO

Zentrum 2 Patienten- ID Datum //
T T M M J J
 Erhebungszeitpunkt (Auswahl) Baseline 12 month follow-up

UNTERBRINGUNG IM KRANKENHAUS ODER DER GEMEINDE

Beachte: Diese Daten sollen so schnell wie möglich nach dem Patienteninterview durch Befragung des Arztes, Pflegepersonals oder eines anderen Mitarbeiters erfasst werden..

1. Wie viele Betten/ Plätze stehen im Krankenhaus/ dem betreuten Wohnen zur Verfügung?
 Wie viele davon sind aktuell belegt?

2. Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus:

Personal (Beachte: pro Mitarbeiter nur eine Kategorie wählen)	Anzahl der Vollzeitstellen bzw. Äquivalente (Voll = 2x halb)	Jährliche Kosten des Pflegepersonals (Angabe in €uro)
Personal mit medizin. Ausbildung		
Personal mit psychol. Ausbildung		
Personal mit Pflege- Ausbildung		
Personal mit sozialarbeiterischer Ausbildung		
Personal ohne oben genannte Ausbildung		
Unbesetzte Stellen		
Insgesamt		

3. Wie hoch sind die jährlichen Kosten der Einrichtung (der Station, dem betreuten Wohnen) ohne Personalkosten?
 Jährliche Kosten €uro _____
 (rechnen Sie Miete, Reinigung usw. Ein, berechnen Sie nicht die Kosten für Miete usw., Definitionen im Manual)

4. Wie hoch ist der wöchentliche Miet- oder Zuzahlungspreis für den Betroffenen pro Platz/Bett? Euro
(Definitionen im Manual)

5. Durch welche Institution/wen wird die Zahlung der Kosten gewährleistet?
(Mehrfachantworten sind möglich)

Staatliche Krankenversicherung/ Staatliche Unterstützungsfonds	<input type="checkbox"/>
Land Sachsen / Gemeinde	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtlich tätige Organisation (z.B. eingetragener Verein)	<input type="checkbox"/>
Privatunternehmen/ Wirtschaftsunternehmen	<input type="checkbox"/>
Die Person selbst	<input type="checkbox"/>