

Bedarfserhebung (CANSAS-P)

Bitte sehen Sie sich nacheinander jeden der folgenden Themenbereiche (Unterkunft, Ernährung, ...) auf dieser Seite an. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an (22 Kästchen insgesamt).

kein Bedarf = dieser Bereich ist überhaupt kein ernsthaftes Problem für mich

gedeckter Bedarf = dieser Bereich ist kein ernsthaftes Problem für mich, weil ich Hilfe bekomme

ungedekter Bedarf = dieser Bereich ist (unabhängig von etwaiger Hilfe) ein ernsthaftes Problem für mich

keine Angabe = ich möchte diese Frage nicht beantworten

	kein Bedarf	gedeckter Bedarf	ungedekter Bedarf	keine Angabe	
1. Wohnsituation – Haben Sie derzeit eine angemessene Unterkunft/ Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu01]
2. Ernährung – Bekommen Sie genug zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu02]
3. Versorgung des Haushalts – Sind sie in der Lage, sich um Ihren Haushalt zu kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu03]
4. (Körper-)Pflege – Wie steht es um Ihre Körperpflege und Ihre Kleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu04]
5. Tagesgestaltung – Haben Sie Probleme bei der Gestaltung regelmäßiger, angemessener Tagesaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu05]
6. Körperliche Gesundheit – Wie steht es um Ihre körperliche Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu06]
7. Psychotische Symptome – Hören Sie manchmal Stimmen oder haben Probleme mit Ihren Gedanken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu07]
8. Informationen zur Erkrankung und Behandlung – Haben Sie klare Informationen über Ihre Erkrankung und Ihre Medikamente erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu08]
9. Seelischer Leidensdruck – Haben Sie sich in letzter Zeit sehr traurig oder niedergeschlagen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu09]
10. Selbstgefährdung – Denken Sie manchmal daran, sich selbst etwas anzutun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu10]
11. Fremdgefährdung – Denken Sie, dass Sie eine Gefahr für andere Menschen sein könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu11]
12. Alkohol – Haben Sie Probleme aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu12]
13. Drogen – Nehmen Sie irgendwelche Drogen oder Medikamente, die Ihnen nicht verschrieben wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu13]
14. Soziale Kontakte – Sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu14]
15. Partnerschaft – Haben Sie Probleme, einen Partner zu finden oder sind Sie in Ihrer Partnerschaft unglücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu15]
16. Sexualität – Wie ist Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu16]
17. Kinderbetreuung – Haben Sie Probleme, sich um Ihre unter 18-jährigen Kinder zu kümmern? (Wenn Sie keine unter 18-jährigen Kinder haben, kreuzen sie bitte "kein Bedarf" an.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu17]
18. Bildung – Haben Sie Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben oder Verstehen der deutschen Sprache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu18]
19. Telefonieren – Wissen Sie, wie man ein Telefon benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu19]
20. Transport – Wie kommen Sie mit der Benutzung von Bus, Zug oder Straßenbahn zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu20]
21. Geld – Wie kommen Sie mit Ihrem Geld aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu21]
22. Sozialleistungen – Bekommen Sie alle Sozialleistungen, die Ihnen zustehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[canu22]