

INTERVJU AV ÄLDRE FÖR UTARBETANDE AV EN MOTIONSPLAN

Namn _____ Födelseår _____

Intervjuare _____ Datum _____

Har en läkare konstaterat att Ni har någon sjukdom som påverkar möjligheterna att motionera, vilken?

Eventuell medicinering _____

Dagliga aktiviteter (personlig hygien, på- och avklädning, måltider)

Vilka dagliga aktiviteter klarar Ni fortfarande av bra?

Vilka dagliga aktiviteter medför svårigheter (detaljerade exempel)?

Vilka dagliga aktiviteter vill Ni framför allt träna?

Vardagssysslor (t.ex. städning, matlagning, arbete på gårdsplanen eller i trädgården, inköp)

Vilka vardagssysslor utför Ni för närvarande?

Vilka vardagssysslor skulle Ni vilja utföra i större utsträckning på egen hand/med assistans?

Motion inomhus och utomhus

Vad sporrar Er till att motionera?

Vad hindrar Er från att motionera?

Använder Ni något hjälpmedel för att kunna röra Er bättre? nej ja, vilket _____

Klarar Ni av följande aktiviteter?

	utan svårigheter	har svårigheter	klaras inte av det utan hjälp av någon annan	klaras inte av det ens med hjälp
Att röra sig inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att gå i trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att röra sig utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har Ert motionerande utomhus förändrats under det senaste året?

minskat inte förändrats ökat

Har Ni fallit under det senaste året?

nej ja, vad hände? _____

Ange hur rädd Ni är för att falla

inomhus

inte alls en aning ganska rädd mycket rädd

utomhus

inte alls en aning ganska rädd mycket rädd

Motion som hobby

Vilka motionsformer har Ni utövat tidigare i livet och när?

Vilken typ av motion utövar Ni för närvarande?

Vilken typ av motion skulle Ni vilja utöva (individuellt/i grupp)?

Behöver Ni hjälp och stöd för att utöva Er motionsgren (t.ex. assistent, transport, hjälpmedel)?

Näringsintag

Följer Ni någon specialdiet?

Har Ni svårt att tugga?

Hur ser Er kosthållning ut i förhållande till kostcirkeln?

Hur många varma måltider äter Ni per dag?

Hur många portioner mjölk/mjölkprodukter intar Ni per dag?

Hur många portioner kött/fisk/ägg äter Ni per dag?

Har Er vikt förändrats under de tre senaste månaderna?

Hur mycket vätska dricker Ni under en dag?

MOTIONSPLAN

Namn _____

Intervjuare _____ Datum _____

Träning av dagliga aktiviteter

Tidpunkt och frekvens _____

Utförande av vardagssysslor

Tidpunkt och frekvens _____

Motion på egen hand

Tidpunkt och frekvens _____

Motion i grupp

Tidpunkt och frekvens _____

Anmärkningar om näringsintag

Eventuella stödåtgärder (t.ex. assistent, transport, hjälpmedel)

Uppföljningsperiodens längd _____ - _____ (10–12 veckor)

Tidpunkt för utvärdering _____ (datum)