

Information und Anmeldung
Tel. 0241 80 89609
gedaechtnissprechstunde@ukaachen.de



Fragebogen für **Patient/-innen**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Muttersprache: _____

Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist:

Deutschkenntnisse: gering mittelgut gut

Hinweise zu Ihrem Termin in der Gedächtnissprechstunde!

- Eine **Terminvereinbarung** erfolgt erst nach Zusendung der ausgefüllten Fragebögen sowie aller ärztlichen Vorbefunde und anschließender Sichtung unserer Neurolog/-innen.
- Bitte senden Sie die Fragebögen sowie alle Vorbefunde (Arztbriefe, Labor, etc.) und Bilder von Untersuchungen (z.B. MRT vom Kopf) an:
E-Mail: gedaechtnissprechstunde@ukaachen.de, Fax: 0241 80-3389609
Postanschrift: Uniklinik Aachen, Neurologie (Gedächtnisambulanz), Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
- Bitte planen Sie genügend Zeit zum Parken, für den Weg vom Eingang bis zur Leitstelle und für Wartezeit an der Leitstelle ein. Wir bitten Sie, sich **ca. 20 Minuten vor dem Termin** an der Leitstelle anzumelden (Aufzug B3, 3. Etage, Leitstelle Neurologie).
- Bitte bringen Sie wenn möglich jemanden mit der Sie gut kennt, z.B. eine(n) Familienangehörige(n), Bekannte(n), Freund/in.

Fragen zu den Symptomen

Haben Sie in einem dieser Bereiche Probleme/Veränderungen festgestellt?

Gedächtnis (vermehrte Vergesslichkeit)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, kreuzen Sie zutreffende Beispiele an: <input type="checkbox"/> Termine vergessen <input type="checkbox"/> Gesprächsinhalte nicht erinnern <input type="checkbox"/> Geplante Handlungen <input type="checkbox"/> Namen von Personen
Sprache oder Kommunikation (z.B. Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, kreuzen Sie zutreffende Beispiele an: <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörung <input type="checkbox"/> Wortverwechslungen <input type="checkbox"/> Grammatik-Fehler <input type="checkbox"/> Ausdrucksfehler <input type="checkbox"/> stockende Sprache <input type="checkbox"/> Schrift/Schreiben
Orientierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, in welcher Dimension liegen Beeinträchtigungen vor: <input type="checkbox"/> Neue/unbekannte Strecken (z.B. im Urlaub) <input type="checkbox"/> Bekannte Strecken (z.B. Weg zum Supermarkt) <input type="checkbox"/> Im Haus/in der Wohnung <input type="checkbox"/> Zeitliche Orientierung
Konzentration	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, in welchen Situationen können Sie sich weniger gut konzentrieren: <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Computerarbeit
Persönlichkeit oder Ihr Verhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sozialer Rückzug <input type="checkbox"/> vermehrte <input type="checkbox"/> Reizbarkeit <input type="checkbox"/> Essverhalten <input type="checkbox"/> Aggressivität

Zeitlicher Verlauf der Symptomatik und weitere Symptome

Wann haben die Beschwerden begonnen (Angabe von Monaten/Jahren oder Zeitpunkt MM/JJJJ)

Wie traten diese auf?

langsam plötzlich

Wenn plötzlich, gab es einen Auslöser?: _____

Wie haben sich die Beschwerden mit der Zeit entwickelt

schlimmer geworden besser geworden gleich geblieben fluktuierend /wechselhaft

Leiden Sie zusätzlich an den folgenden Beschwerden?

	Häufigkeit der Beschwerden (bitte ankreuzen)			
	Nein	selten	manchmal	oft
Harndrang oder Inkontinenz				
Zittern der Hände				
Muskelschwäche				
Steifheit der Arme und Beine/erhöhte Muskelspannung				
Stimmungsschwankungen				
Geruchsverlust				
Schwindel				
Verstopfung				
Probleme beim Gehen/Laufen?				
Ein- oder Durchschlafstörungen				
Tagesmüdigkeit				
Plötzliches Einschlafen				
Stürze				
Bewusstseinsverlust				
Wahnvorstellungen: Hören von Stimmen die nicht da sind				
Wahnvorstellungen: Sehen von Dingen/Personen die nicht da sind				

Gibt es weitere Beschwerden die oben nicht genannt sind?

	Selten	Manchmal	Oft

Alltagsrelevanz der Symptome

Haben andere Personen z.B. Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Kollegen Probleme bemerkt?

nein ja

Bei welchen Alltagstätigkeiten benötigen Sie Unterstützung:

- Keine Einkaufen Zubereitung von Mahlzeiten Verwalten von Terminen
 Duschen/Hygiene Haushalt Finanzen Bedienung von elektronischen Geräten
 andere (bitte beschreiben Sie diese):

Angaben zur Krankheitsvorgeschichte

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Erkrankungen der Bluthirngefäße	Hormon- und Stoffwechsel Erkrankungen	Psychiatrische Erkrankungen	Körperliche Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Brustenge (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> TIA (Mini-Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Depression/ Burn-Out	<input type="checkbox"/> Lunge
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Angioplastie/ Stent	<input type="checkbox"/> Hirnblutung	<input type="checkbox"/> Überfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Bypass-OP	<input type="checkbox"/> Stenosen		<input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Magen/Darm
<input type="checkbox"/> Verengung der Halsschlagader (Carotisstenose)				<input type="checkbox"/> Augen/Sehkraft
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck				
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Sonstige
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte bringen Sie uns ihren **aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP)** mit!

nein ja Wenn ja, welche?

Handelsname <i>(z.B. ASS 100 Hexal)</i>	Wirkstoff <i>(z.B. Acetylsalicylsäure)</i>	Dosierung <i>(z.B. 100mg)</i>	Schema <i>(z.B. 1 – 0 – 0)</i>

Bisherige Untersuchungen und Therapien

Wurden bereits Untersuchungen aufgrund der Gedächtnisprobleme gemacht (z.B. neuropsychologische Testung, Labor, Bildgebung vom Kopf, Ableitung der Hirnströme...)

nein ja Wenn ja, wann und welche?

Machen Sie regelmäßig andere Therapien?

* nein * ja Wenn ja, welche und wie oft (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie/Kranken-gymnastik, Logopädie, neuropsychologisches Training, Psychotherapie)?

_____ /Woche

_____ /Woche

Vegetative Anamnese/ Aktivität und Risikofaktoren

Ihre Größe _____ in cm

Ihr Gewicht _____ in kg

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an:

Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: Bei früherem Konsum:	seit wieviel Jahren? wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? Wie viele Zigaretten pro Tag und wieviel Jahre haben Sie geraucht?	
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welchen Alkohol konsumieren sie in einer Woche?		
Konsumieren Sie Drogen oder haben Sie einmal Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche und wie viel?		
Haben Sie jemals eine Kopfverletzung erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja; wann: _____ (Monat/Jahr)	wurden Sie aufgrund der Kopfverletzung im Krankenhaus behandelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Können Sie gut hören?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tragen Sie Hörgeräte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Können Sie gut sehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?	
Sind oder waren Sie einer starken Luftverschmutzung ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie lange?	

Sind Sie körperlich aktiv (Wandern, Joggen, Spazieren, ...)?

nein ja

Wenn ja, wie häufig?

< 30 Minuten/Woche 60-90 Minuten/Woche

30-60 Minuten/Woche > 90 Minuten/Woche

Welche Art von Sport/körperlicher Aktivität betreiben Sie?

Ausdauer (z.B. Joggen, Fahrradfahren)

Koordination (z.B. Workouts, Tanzen, Yoga)

Krafttraining (z.B. Muskelaufbau)

Familien- und Sozialanamnese

Ist in Ihrer Familie jemand an einer Demenz-Erkrankung oder anderen neurologischen Krankheit erkrankt?

nein ja

Wenn ja, wer ist erkrankt: _____

Alter als die Diagnose gestellt wurde: _____

Welche Diagnose: _____ * Unbekannt

Nennen Sie bitte Ihren Familienstatus.

ledig verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt? _____

Sind Sie aktuell berufstätig?

nein ja

Wenn nein, was ist der Grund?

krankgeschrieben berentet in Altersrente berentet in Erwerbsminderungsrente/

Erwerbsunfähigkeitsrente anderer: _____

Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen? _____ Jahre

Welche Schule haben Sie besucht? _____

Welche berufliche Ausbildung haben Sie gemacht (Studium, Ausbildung, Weiterbildung)?

Wie viele Jahre hat Ihre berufliche Ausbildung gedauert _____ Jahre

Haben Sie einen Pflegegrad?

nein ja

Wenn ja: welchen Grad? _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein ja

Wenn ja: bitte Prozentzahl angeben _____ Gibt es Zusatzmerkmale? _____

Haben Sie einen Auto-Führerschein?

nein ja

Fahren Sie aktuell Auto?

nein ja

Falls nein, seit wann fahren Sie kein Auto mehr? _____

Gibt es Probleme beim Autofahren?

nein ja

Unsere Kontaktaufnahme

Dürfen wir Sie über neue Entwicklungen z.B. auch Veranstaltungen, wissenschaftliche oder klinische Studien informieren und dafür kontaktieren?

nein ja

Datum: _____

Unterschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum
------	-------	---------------------	-------

Anleitung: Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage**, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1.) Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
 - 1 Ich bin oft traurig.
 - 2 Ich bin ständig traurig.
 - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann.
-

2.) Pessimismus

- 0 Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht.
 - 1 Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht.
 - 2 Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert.
 - 3 Ich habe das Gefühl, dass es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft und es nur noch schlimmer wird.
-

3.) Frühere Misserfolge

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 - 1 Ich habe öfter versagt als ich sollte.
 - 2 Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge.
 - 3 Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.
-

4.) Verlust von Freude

- 0 Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen.
 - 1 Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher.
 - 2 Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
 - 3 Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
-

5.) Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1 Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle.
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

6.) Gefühle, bestraft zu werden

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.
 - 1 Ich habe das Gefühl, das ich vielleicht für etwas bestraft werde.
 - 2 Ich glaube, dass ich für etwas bestraft werde.
 - 3 Ich habe das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.
-

7.) Abneigung gegen sich selbst

- 0 Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben.
 - 1 Ich habe das Vertrauen in mich verloren.
 - 2 Ich bin von mir selbst enttäuscht.
 - 3 Ich mag mich nicht.
-

8.) Selbstvorwürfe

- 0 Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst und mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst.
 - 1 Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher.
 - 2 Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler.
 - 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
-

9.) Selbstmordgedanken oder -wünsche

- 0 Ich denke nie daran, mich umzubringen.
 - 1 Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen.
 - 2 Ich möchte mich umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.
-

10.) Weinen

- 0 Ich weine nicht mehr als früher.
- 1 Ich weine mehr als früher.
- 2 Ich weine wegen jeder Kleinigkeit.
- 3 Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

11.) Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst.
- 1 Ich bin unruhiger oder erregter als sonst.
- 2 Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen.
- 3 Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung beleiben oder etwas tun muss.

12.) Interesselosigkeit

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1 Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3 Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.

13.) Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer.
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2 Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher.
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14.) Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
- 1 Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher.
- 2 Ich habe das Gefühl, weniger Wert zu sein als andere Menschen.
- 3 Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.

15.) Verlust an Energie

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1 Ich habe weniger Energie als früher.
- 2 Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun.
- 3 Ich habe nicht genügend Energie, irgend etwas zu tun.

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert.
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a Ich schlafe die meiste Zeit des Tages.
- 3b Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.

17.) Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 3 Ich bin ständig reizbar.

18.) Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst.
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a Mein Appetit ist viel kleiner als vorher.
- 2b Mein Appetit ist viel größer als vorher.
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b Ich habe ständig großen Hunger.

19.) Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
- 1 Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst.
- 2 Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren.
- 3 Ich kann mich auf garnichts konzentrieren.

20.) Müdigkeit

- 0 Ich bin nicht müder als sonst.
- 1 Ich werde schneller müde als sonst.
- 2 Ich bin für viele Dinge, die ich früher gern getan habe, zu müde.
- 3 Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.

21.) Verlust des Interesses am Sex

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses am Sex bemerkt.
- 1 Ich habe weniger Interesse am Sex als früher.
- 2 Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex.
- 3 Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

PEARSON

PsychCorp

© 2009 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/M.

Gedächtnis sprechstunde

**UNIKLINIK
RWTHAACHEN**

Klinik für Neurologie

Information und Anmeldung
Tel. 0241 80 89609
gedaechtnissprechstunde@ukaachen.de



Fragebogen für Angehörige

Ihr Name: _____

Datum: _____

Name des Patienten: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Haben Sie dem Patienten/der Patientin beim Ausfüllen des Fragebogens für Patient/innen geholfen?

nein ja

Fragen zu den Symptomen

Haben Sie bei dem Patienten/der Patientin Probleme mit dem **Gedächtnis** bemerkt?

nein ja

Wenn ja: bitte geben Sie Beispiele von Dingen, die vom Patienten/von der Patientin vergessen werden (z.B. Termine, Gesprächsinhalte, geplante Handlungen, Namen von Personen, etc.):

Haben Sie beim Patienten/bei der Patientin Probleme mit der **Sprache oder Kommunikation** bemerkt (z.B. Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen, etc.)

nein ja

Wenn ja: wie äußern sie die Beschwerden mit der Sprache/Kommunikation?

Haben Sie beim Patienten/bei der Patientin Schwierigkeiten mit der **Orientierung** bemerkt?

nein ja

Wenn ja, wo hat der Patient/die Patientin Schwierigkeiten mit der Orientierung? (Kreuzen Sie alle an, die zutreffen)

Neue/unbekannte Strecken (z.B. im Urlaub) Bekannte Strecken (z.B. Weg zum Supermarkt) Haus/Wohnung

Wenn ja: bitte geben Sie Beispiele der Probleme mit der Orientierung (z.B. in welchen Situationen hat der Patient/die Patientin sich verlaufen)

Hat der Patient/die Patientin Probleme mit der **Konzentration**?

nein ja

Wenn ja: bitte geben Sie Beispiele von Dingen, auf die sich der Patient/die Patientin weniger gut konzentrieren kann?

Hat sich die **Persönlichkeit** oder das **Verhalten** des Patienten/der Patientin verändert?

nein ja

Wenn ja: wie hat sich das Verhalten geändert?

Haben Sie folgende Symptome beim Patienten/bei der Patientin bemerkt? (Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an):

- Erhöhte Reizbarkeit
- Teilnahmslosigkeit und/oder Antriebslosigkeit
- Aggressivität
- Verlust von Interesse und/oder Mitgefühl für anderer Menschen
- Verletzung von sozialen Normen und/oder taktloses Verhalten
- Oberflächliches, sorgloses und/oder unbedachtes Verhalten
- Vernachlässigung von Pflichten
- seltsame, sich wiederholende Rituale
- Vernachlässigung von Hygiene
- Heißhunger auf Süßigkeiten
- keine
- andere: _____

Haben Sie Wahnvorstellungen beim Patienten/bei der Patientin bemerkt? (Z.B. Sehen von Personen die nicht da sind, Hören von Stimmen wenn keiner da ist, etc.)

nein ja

Wenn ja, welche: _____

Zeitlicher Verlauf der Symptomatik und weitere Symptome

Wann haben die Beschwerden des Patienten/der Patientin begonnen (Angabe von Monaten/Jahren)

Wie traten diese auf?

langsam plötzlich

Wenn plötzlich, gab es einen Auslöser?: _____

Wie haben sich die Beschwerden mit der Zeit entwickelt

schlimmer geworden besser geworden gleich geblieben wechselhaft

Alltagsrelevanz der Symptome

Bei welchen Tätigkeiten benötigt der Patient/die Patientin im Alltag Unterstützung

Keine Einkaufen Zubereitung von Mahlzeiten Verwalten von Terminen Duschen/Hygiene Haushalt Bedienung elektronischer Geräte Finanzen

andere (bitte beschreiben Sie diese):

Haben Sie weitere Anmerkungen?