

Gedächtnis sprechstunde

**UNIKLINIK
RWTHAACHEN**

Klinik für Neurologie

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



Fragebogen für Patienten/innen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum des Termins: _____

Muttersprache: _____

Falls deutsch nicht Ihre Muttersprache ist:

Deutschkenntnisse: ☐ gering ☐ mittelgut ☐ gut

Hinweise zu ihrem Termin in der Gedächtnissprechstunde:

- Bitte senden Sie die Fragebögen (ausgefüllt) mind. **4 Wochen vor Ihrem Termin an uns zurück.**
- 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.
- Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können bitten wir Sie, diesen rechtzeitig zu stornieren.
- Bitte bringen Sie bitte alle Vorbefunde (Arztbriefe, Labor, etc.) und Bilder von Untersuchungen (z.B. MRT vom Kopf) auf **CD/DVD** mit.

Fragen zu den Symptomen

Haben Sie in einem dieser Bereiche Probleme/Veränderungen festgestellt?

Gedächtnis (vermehrte Vergesslichkeit)?	☐ nein ☐ ja	Wenn ja, kreuzen Sie zutreffende Beispiele an: ☐ Termine vergessen ☐ Gesprächsinhalte nicht erinnern ☐ Geplante Handlungen ☐ Namen von Personen
Sprache oder Kommunikation (z.B. Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen, etc.)	☐ nein ☐ ja	Wenn ja, kreuzen Sie zutreffende Beispiele an: ☐ Wortfindungsstörung ☐ Wortverwechslungen ☐ Grammatik-Fehler ☐ Ausdrucksfehler ☐ stockende Sprache ☐ Schrift/Schreiben
Orientierung	☐ nein ☐ ja	Wenn ja, in welcher Dimension liegen Beeinträchtigungen vor: ☐ Neue/unbekannte Strecken (z.B. im Urlaub) ☐ Bekannte Strecken (z.B. Weg zum Supermarkt) ☐ Im Haus/in der Wohnung ☐ Zeitliche Orientierung
Konzentration	☐ nein ☐ ja	Wenn ja, in welchen Situationen können Sie sich weniger gut konzentrieren: ☐ Gespräche ☐ Lesen ☐ Fernsehen ☐ Computerarbeit
Persönlichkeit oder Ihr Verhalten	☐ nein ☐ ja	☐ sozialer Rückzug ☐ vermehrte ☐ Reizbarkeit ☐ Essverhalten ☐ 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
☐ Keine	☐ Keine	☐ Keine	☐ Keine	☐ Keine
☐ Brustenge (Angina pectoris)	☐ TIA (Mini-Schlaganfall)	☐ Diabetes mellitus	☐ Depression/ Burn-Out	☐ Lunge
☐ Herzinfarkt	☐ Schlaganfall	☐ Unterfunktion der Schilddrüse	☐ Angststörung	☐ Nieren
☐ Angioplastie/ Stent	☐ Hirnblutung	☐ Überfunktion der Schilddrüse	☐ Psychose	☐ Leber
☐ Bypass-OP	☐ Stenosen		☐ Delirium	☐ Magen/Darm
☐ Verengung der Halsschlagader (Carotisstenose)				☐ Augen/Sehkraft
☐ Bluthochdruck				
☐ Sonstige	☐ Sonstige	☐ Sonstige	☐ Sonstige	☐ Sonstige
.....				

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

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

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

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

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?