

GEDÄCHTNISPRECHSTUNDE

Ärztliche Leitung:

Ass.-Prof.Dr.med.univ.Michaela Defrancesco, MMSc, PhD

Neuropsychologie:

Juliane Jehle, MSc



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK



**Vorerhebungsblatt für Patient:innen und Angehörige/Begleitpersonen
der Gedächtnissprechstunde**

Sehr geehrter Patient! Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrte Angehörige und/oder Betreuungspersonen!

Wir möchten Sie bitten, den beigelegten Vorerhebungsbogen auszufüllen und zu Ihrem Termin an der Gedächtnissprechstunde mitzubringen. Alternativ können Sie uns den Bogen auch per Mail (li.ps.gedaechtnissprechstunde@tirol-kliniken.at) oder Fax: 0512 504 23666 zukommen lassen.

Im Vorerhebungsbogen **für Patient:innen und Angehörige/Begleitpersonen** werden einige Informationen über Ihre derzeitige Lebenssituation, Symptome wie z.B. Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen oder depressive Stimmung, Vorerkrankungen sowie Gründe, die zu einem Termin bei uns geführt haben, erfragt.

DER FRAGEBOGEN WIRD AUSSCHLIESSLICH AN IHREN BEHANDELNDEN ARZT/IHRE BEHANDELNDE ÄRZTIN WEITERGELEITET.

Allgemeine Fragen:

Wer hat Ihnen empfohlen, einen Termin an der Gedächtnissprechstunde zu vereinbaren?

- Sie wollten selbst einen Termin
- Ihre Angehörigen haben zu einer Terminvereinbarung geraten/diese veranlasst
- Ihr Hausarzt hat Ihnen eine Terminvereinbarung empfohlen
- mir hat.....empfohlen, einen Termin zu vereinbaren

Hatten Sie bereits **an einer anderen Gedächtnissprechstunde/Gedächtnisambulanz** (z.B: Psychiatrie Hall, Univ. Klinik für Neurologie Innsbruck) eine Abklärung?

- nein ja → bitte Datum oder Jahr angeben: _____

Sind Sie derzeit oder waren sie in der Vergangenheit bei einem **Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie** in Behandlung?

- nein ja → bitte Datum oder Jahr angeben: _____, bitte Vorbefunde zum Termin bei uns mitnehmen

Bitte nehmen Sie zum Termin eine aktuelle Medikamentenliste mit!!

Fragebogen für den Patienten/die Patientin

Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Wie ist Ihre derzeitige Lebenssituation?

Ich lebe zuhause alleine zuhause mit Partner oder Ehepartner zuhause mit Familie in einem Wohnheim

Haben Sie derzeit eine ambulante Pflege oder Betreuung – wenn ja welche?

keine ambulant z.B. VAGET/Hauskrankenpflege 24h Pflege Tagesstruktur Andere: _____

Haben Sie eine Pflegestufe – wenn ja, welche?

ja Pflegestufe _____

Fahren Sie selbst mit dem Auto?

ja nein, ich bin nie gefahren nein, ich habe das Autofahren aufgegeben seit: _____ (Jahre)

Trinken Sie Alkohol?

nein, nie ja, gelegentlich ja, täglich

Rauchen Sie?

nein, nie ja, früher ja

Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Allergien/Unverträglichkeiten:

Welche Symptome nehmen Sie selbst an sich wahr (Zeitraum im letzten halben Jahr)

	häufig	gelegentlich	nie
Ich habe das Gefühl, vergesslich zu sein oder an einer Gedächtnisstörung zu leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verlege immer wieder Dinge oder Gegenstände (z.B. Schlüssel oder Brille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, gewohnte Aufgaben zu bewältigen (z.B. meinen Haushalt zu führen, Bankgeschäfte zu erledigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, für mich zu kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, meine Medikamente richtig und regelmäßig einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger Lust auf Sozialkontakte als früher (z.B. sich mit Bekannten zu treffen, Kaffee trinken zu gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, mich sprachlich auszudrücken – mir fallen immer wieder Wörter oder Begriffe nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, Geräte wie das Telefon/Handy oder den Fernseher zu bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Bekannte treffe, fällt mir der Name der Person nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, mich in der gewohnten Umgebung zu orientieren – wieder nach Hause zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benötige die Hilfe von Angehörigen oder Freunden, um meinen Alltag zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren (z.B: beim Lesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich alleine, einsam oder traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe aufgrund von oben genannten Symptomen Aktivitäten oder Hobbies aufgegeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Fragebogen für Angehörige oder Begleitpersonen

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/der Patientin?	<input type="checkbox"/> Ehepartner/ Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter verschwägert	<input type="checkbox"/> Freund:in/Bekannter	<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/> 24 Betreuung	<input type="checkbox"/> andere
Ihr Alter:	Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes					
Wohnen Sie mit dem Patienten/der Patientin im selben Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ich wohne außerhalb <input type="checkbox"/> nein, aber im selben Gebäude/in unmittelbarer Nähe					
Mir fällt beim Patienten/der Patienten im letzten halben Jahr auf	Ja häufig	gelegentlich	Nein			
Vermehrte Vergesslichkeit (z.B. das Vergessen von Gesagtem oder Terminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Das gehäufte Nachfragen oder Erzählen derselben Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwierigkeiten, gewohnte Aufgaben zu bewältigen (z.B. den Haushalt zu führen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwierigkeiten, die Medikamente richtig und regelmäßig einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hat weniger Lust auf Sozialkontakte als früher (z.B. sich mit Bekannten zu treffen, Kaffee trinken zu gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken – es fallen immer wieder Wörter oder Begriffe nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwierigkeiten, Geräte wie das Telefon/Handy oder den Fernseher zu bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gehäufte Orientierungsstörungen in gewohnter Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Der Patient/die Patientin benötigt Hilfe, um den Alltag zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Der Patient/die Patientin erscheint traurig oder gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Der Patient/die Patientin reagiert häufig gereizt , wenn er/sie auf Defizite angesprochen wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Machen Sie sich Sorgen , dass der Patient/die Patientin an einer Demenz leidet?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
Andere Symptome:						
Allgemeine Fragen						
Ist eine Demenzerkrankung in der Familie des Patienten/der Patientin bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bei (Mutter, Geschwister etc.) _____					
Sind eine oder mehrere Vorerkrankungen beim Patienten/bei der Patientin bekannt? (bitte entsprechende ankreuzen)						
<input type="checkbox"/> Zerebrovaskulär/ Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn Trauma		<input type="checkbox"/> Schlafstörungen			
<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> Epilepsie		<input type="checkbox"/> Depression			
<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie		<input type="checkbox"/> Koronare-Herzerkrankung			
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt (Herzinfarkt)		<input type="checkbox"/> Alkoholerkrankung			
<input type="checkbox"/> Parkinson-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern		<input type="checkbox"/> Delir (Durchgangssyndrom)			
Anmerkung oder wichtige Hinweise						

Fragebogen zur Erhebung der Belastung von betreuenden/pflegenden Angehörigen					
	nie	selten	manchmal	Ziemlich oft	Fast immer
Haben Sie das Gefühl, der Patient/die Patientin bittet um mehr Hilfe, als er/sie tatsächlich braucht?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen der Zeit, die Sie mit dem Patienten/der Patientin verbringen, nicht genug Zeit für sich selbst haben?	<input type="checkbox"/>				
Empfinden Sie es als Stress, neben der Pflege des Patienten/der Patientin zu versuchen, auch Ihren anderen Verpflichtungen gegenüber der Familie oder im Beruf nachzukommen?	<input type="checkbox"/>				
Ist Ihnen das Verhalten des Patienten/der Patientin peinlich?	<input type="checkbox"/>				
Ärgern Sie sich über den Patienten/die Patientin, wenn Sie mit ihm/ihr zusammen sind?	<input type="checkbox"/>				
Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin Ihre Beziehung zu anderen Familienangehörigen oder Freunden derzeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				
Machen Sie sich Sorgen darüber, wie die Zukunft für den Patienten/die Patientin aussieht?	<input type="checkbox"/>				
Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin auf Sie angewiesen ist?	<input type="checkbox"/>				
Sind sie gestresst, wenn Sie mit dem Patienten/der Patientin zusammen sind?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit gelitten hat, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen dem Patienten/der Patientin nicht so viel Privatsphäre haben, wie Sie es gerne hätten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Kontakte zu anderen Menschen gelitten haben, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?	<input type="checkbox"/>				
Fühlen Sie sich wegen dem Patienten/der Patientin unbehaglich, wenn Sie Freunde zu Besuch haben?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, der Patient/die Patientin erwartet von Ihnen, dass Sie ihn/sie pflegen, als wären Sie der einzige Mensch, auf den er/sie sich verlassen kann?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht genug Geld haben, um den Patienten/die Patientin zu pflegen, zusätzlich zu Ihren übrigen Ausgaben?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Patienten/die Patientin nicht mehr viel länger pflegen können?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben nicht mehr zu meistern, seit der Patient/die Patientin krank wurde?	<input type="checkbox"/>				
Wünschen Sie sich, Sie könnten die Pflege des Patienten/der Patientin einfach jemand anderem überlassen?	<input type="checkbox"/>				
Sind Sie sich unsicher, was Sie mit dem Patienten/der Patientin machen sollen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr für den Patienten/die Patientin tun sollten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, Sie könnten bei der Pflege des Patienten/der Patientin Ihre Sache besser machen?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr belastet Sie die Pflege des Patienten/der Patientin insgesamt?	<input type="checkbox"/>				

