

GEDÄCHTNISSPRECHSTUNDE

Ärztliche Leitung:

Assoz.-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 (iki.ps.gedaechtnissprechstunde@tirol-kliniken.at) 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 ☐ 24h Pflege ☐ Tagesstruktur
z.B. VAGET/Hauskrankenpflege

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

Fragebogen für Angehörige oder Begleitpersonen

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/der Patientin?	☐ Ehepartner/ Lebenspartner ☐ Bruder/Schwester	☐ Sohn/Tochter verschwägert ☐ 24 Betreuung	☐ Freund:in/Bekannter ☐ andere
Ihr Alter:	Ihr Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ anderes		
Wohnen Sie mit dem Patienten/der Patientin im selben Haushalt?	☐ ja ☐ nein, ich wohne außerhalb ☐ 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)	☐	☐	☐
Das gehäufte Nachfragen oder Erzählen derselben Inhalte	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, gewohnte Aufgaben zu bewältigen (z.B. den Haushalt zu führen)	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, die Medikamente richtig und regelmäßig einzunehmen	☐	☐	☐
Hat weniger Lust auf Sozialkontakte als früher (z.B. sich mit Bekannten zu treffen, Kaffee trinken zu gehen)	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken – es fallen immer wieder Wörter oder Begriffe nicht ein	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, Geräte wie das Telefon/Handy oder den Fernseher zu bedienen	☐	☐	☐
Gehäufte Orientierungsstörungen in gewohnter Umgebung	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin benötigt Hilfe, um den Alltag zu bewältigen	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin erscheint traurig oder gereizt	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin reagiert häufig gereizt , wenn er/sie auf Defizite angesprochen wird	☐	☐	☐
Machen Sie sich Sorgen , dass der Patient/die Patientin an einer Demenz leidet?	☐ ja ☐ nein		
Andere Symptome:			
Allgemeine Fragen			
Ist eine Demenzerkrankung in der Familie des Patienten/der Patientin bekannt?	☐ nein ☐ ja ☐ bei (Mutter, Geschwister etc.) _____		
Sind eine oder mehrere Vorerkrankungen beim Patienten/bei der Patientin bekannt? (bitte entsprechende ankreuzen)			
☐ Zerebrovaskulär/ Schlaganfall	☐ Schädel-Hirn Trauma	☐ Schlafstörungen	
☐ Thrombose/Embolie	☐ Epilepsie	☐ Depression	
☐ Art. Hypertonie (Bluthochdruck)	☐ Hypercholesterinämie	☐ Koronare-Herzerkrankung	
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	☐ Alkoholerkrankung	
☐ Parkinson-Erkrankung	☐ Vorhofflimmern	☐ Delir (Durchgangssyndrom)	
☐ COVID-19 Infektion – falls bekannt Datum: _____			
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?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen der Zeit, die Sie mit dem Patienten/der Patientin verbringen, nicht genug Zeit für sich selbst haben?	☐	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐	☐
Ist Ihnen das Verhalten des Patienten/der Patientin peinlich?	☐	☐	☐	☐	☐
Ärgern Sie sich über den Patienten/die Patientin, wenn Sie mit ihm/ihr zusammen sind?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin Ihre Beziehung zu anderen Familienangehörigen oder Freunden derzeit beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐
Machen Sie sich Sorgen darüber, wie die Zukunft für den Patienten/die Patientin aussieht?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin auf Sie angewiesen ist?	☐	☐	☐	☐	☐
Sind sie gestresst, wenn Sie mit dem Patienten/der Patientin zusammen sind?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit gelitten hat, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen dem Patienten/der Patientin nicht so viel Privatsphäre haben, wie Sie es gerne hätten?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Kontakte zu anderen Menschen gelitten haben, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich wegen dem Patienten/der Patientin unbehaglich, wenn Sie Freunde zu Besuch haben?	☐	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht genug Geld haben, um den Patienten/die Patientin zu pflegen, zusätzlich zu Ihren übrigen Ausgaben?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Patienten/die Patientin nicht mehr viel länger pflegen können?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben nicht mehr zu meistern, seit der Patient/die Patientin krank wurde?	☐	☐	☐	☐	☐
Wünschen Sie sich, Sie könnten die Pflege des Patienten/der Patientin einfach jemand anderem überlassen?	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Sie sich unsicher, was Sie mit dem Patienten/der Patientin machen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr für den Patienten/die Patientin tun sollten?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, Sie könnten bei der Pflege des Patienten/der Patientin Ihre Sache besser machen?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie sehr belastet Sie die Pflege des Patienten/der Patientin insgesamt?	☐	☐	☐	☐	☐

