

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 **Kontrolltermin** an der Gedächtnissprechstunde mitzubringen. Alternativ können Sie uns den Bogen auch per Mail (lki.ps.gedaechtnissprechstunde@tirol-kliniken.at) zukommen lassen.

Im Vorerhebungsbogen **für Patient:innen und Angehörige/Begleitpersonen** werden einige Informationen über **Veränderungen** ihrer derzeitigen Lebens- und Versorgungssituation, von Symptomen wie z.B. Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen oder depressive Stimmung und Ihres körperlichen Befindens **seit dem letzten Termin an unserer Gedächtnissprechstunde** erfragt.

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

Wie wurde der geplante **Kontrolltermin** an der Gedächtnissprechstunde vereinbart?

☐ Wurde beim letzten Termin an der Gedächtnissprechstunde vereinbart

☐ Haben Sie selbst oder Angehörige/Betreuungspersonen vereinbart

Grund: ☐ Verschlechterung von Symptomen

☐ andere Gründe: _____

☐ Ihr Hausarzt hat Ihnen eine erneute Terminvereinbarung empfohlen

☐ mir hat.....empfohlen, einen Kontrolltermin zu vereinbaren

Hatten Sie **seit dem letzten Termin** an unserer Gedächtnissprechstunde **an einer anderen Gedächtnissprechstunde/Gedächtnisambulanz** (z.B. Psychiatrie Hall, Univ. Klinik für Neurologie Innsbruck) eine Abklärung?

☐ nein ☐ ja → bitte Datum oder Jahr angeben: _____

Waren Sie **seit dem letzten Termin** an unserer Gedächtnissprechstunde 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:

Halten Sie die derzeitige ambulante **Pflege oder Betreuung** für ausreichend? ☐ ja ☐ nein → warum? ↓

Ich benötige mehr **Pflege oder Betreuung** bei: ☐ der Medikamenteneinnahme ☐ der Körperpflege ☐ der Haushaltsführung
☐ Kochen und Einkaufen ☐ sozialen Aktivitäten ☐ andere:

Haben Sie eine Pflegestufe – wenn ja, welche?

☐ ja Pflegestufe _____ → ☐ die Pflegestufe ist für mich ausreichend
→ ☐ die Pflegestufe ist für mich **NICHT** ausreichend

Fahren Sie selbst mit dem Auto? → ☐ ja ☐ 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:

Haben sich folgende Symptome seit dem letzten Termin an unserer Gedächtnissprechstunde verändert?

	Nicht vorhanden	Gleich geblieben	verschlechtert	verbessert
Das Gefühl, vergesslich zu sein oder an einer Gedächtnisstörung zu leiden	☐	☐	☐	☐
Häufiges Verlegen von Dinge oder Gegenstände (z.B. Schlüssel oder Brille)	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, gewohnte Aufgaben zu bewältigen (z.B. meinen Haushalt zu führen)	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, für mich zu kochen	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, meine Medikamente richtig und regelmäßig einzunehmen	☐	☐	☐	☐
Wenig Lust auf Sozialkontakte (z.B. sich mit Bekannten zu treffen, Kaffee trinken zu gehen)	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken (z.B. mir fallen immer wieder Wörter oder Begriffe nicht ein)	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, Geräte wie das Telefon/Handy oder den Fernseher zu bedienen	☐	☐	☐	☐
Namen von Personen fallen mir 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 fallen beim Patienten/der Patienten seit dem letzten Termin an unserer Gedächtnissprechstunde folgende Veränderungen auf...				
	nein	Gleich geblieben	verschlechtert	verbessert
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				
Sind eine oder mehrere Erkrankungen beim Patienten/bei der Patientin neu aufgetreten (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:				
Wurde die Medikamentöse Therapie Verändert?	☐ nein ☐ Medikament _____ wurde neu begonnen ☐ Medikament _____ wurde abgesetzt			

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?	☐	☐	☐	☐	☐

