

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Sie können mich entscheidend unterstützen, wenn Sie die Zeit des Wartens nutzen und mir – am besten gemeinsam mit Ihrer Begleiterin/ Ihrem Begleiter - folgende Fragen zu Ihren **Gedächtnisproblemen** sowie früheren Erkrankungen beantworten könnten.

Bitte beachten Sie, dass es außerordentlich wichtig ist, dass Sie alle Fragen korrekt und wahrheitsgemäß beantworten. Bewusst falsche Antworten können diagnostisch in die Irre leiten!

NAME, GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet; <input type="radio"/> Kinder:
BERUF	

AKTUELLE BESCHWERDEN

Seit wann fallen Ihnen und Ihren Angehörigen Gedächtnisprobleme auf? _____

Lag ein plötzlicher oder schleichender Beginn vor? _____

Wem fallen die Gedächtnisprobleme auf? mir selbst meinen Angehörigen/ Freunden

Gab es bei **Verwandten** (Eltern, Geschwister) ebenfalls Gedächtnisstörungen? _____

Einige Fragen zu Ihrem Gedächtnis

	Selbsteinschätzung	Begleiter
Können Sie sich Dinge, die kurz zurückliegen, genauso gut erinnern wie früher (Einkaufsliste, neue Telefonnummern, Herd abstellen etc.)?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht
Nehmen Sie wie früher regelmäßig Ihre Medikamente ein?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht
Fallen Ihnen Ereignisse, Gedichte, Geburtstage, die viele Jahre zurückliegen so schnell ein wie früher?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal langsamer <input type="radio"/> deutlich langsamer	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal langsamer <input type="radio"/> deutlich langsamer
Können Sie wie früher komplizierte handwerkliche Tätigkeiten oder das Kochen eines Festmenüs erledigen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter
Können Sie wie früher Ihre Tageskleidung selbst zusammenstellen oder sich entscheiden, zum Friseur zu gehen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter

Einige Fragen zu Ihrer Orientierung

	Selbsteinschätzung	Begleiter
Fällt es Ihnen manchmal schwer, sich an den genauen Wochentag oder das Kalenderdatum zu erinnern?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig
Erinnern Sie sich wie früher an den Geburtstag Ihrer Freunde, Ihrer Verwandten?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig
Kommt es vor, dass Sie sich in Ihrer Wohngegend verlaufen oder Sie sich häufiger verfahren wie früher?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig
Fahren Sie noch selbst Auto?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Einige Fragen zu Ihren „sprachlichen“ Fähigkeiten

	Selbsteinschätzung	Begleiter
Können Sie wie früher fließend erzählen, ohne nach Worten suchen zu müssen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht
Können Sie wie früher Zeitung lesen oder Nachrichten hören, ohne mehrmals nachzulesen/ nachzufragen, um den Inhalt zu verstehen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht
Können Sie wie früher Wechselgeld im Kopf nachrechnen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal nicht <input type="radio"/> häufig nicht

Einige Fragen zu Ihrer Stimmungslage

	Selbsteinschätzung	Begleiter
Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft sehr niedergeschlagen und ohne Hoffnung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Besuchen Sie weiterhin Freunde und Verwandte?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Waren Sie bereits früher an Depressionen oder einer Angststörung erkrankt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Reagieren Sie in letzter Zeit häufig gereizt und aggressiv?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kommt es vor, dass Sie Personen/ Tiere etc. sehen oder Geräusche hören, die andere Anwesende nicht wahrnehmen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kommt es vor, dass Sie nachts erwachen und glauben es sei Tag?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Können Sie wie früher die Toilette regelmäßig und zeitgerecht aufsuchen?	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter	<input type="radio"/> wie früher <input type="radio"/> manchmal schlechter <input type="radio"/> deutlich schlechter
Haben Sie Mühe, <input type="radio"/> sich rasch von einem Stuhl zu erheben, <input type="radio"/> große Schritte zu machen, <input type="radio"/> laut zu sprechen, <input type="radio"/> groß zu schreiben? <input type="radio"/> Zittern Sie in Ruhe? <input type="radio"/> Sind Sie in letzter Zeit gestürzt?		

KRANKHEITSGESCHICHTE

Sind oder waren Sie an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Schrittmacher
- Ohnmacht
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine, pAVK

Lungenerkrankungen

- Bronchialasthma
- Lungenembolie

Nieren- und Lebererkrankungen

- verminderte Ausscheidungsfunktion
- Leberschädigung (Zirrhose)

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes/ Zucker erhöhte Blutfette/ Cholesterin
 Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion Größe: Gewicht:

Magen-Darm-Erkrankungen

- Magengeschwür/ Schleimhautentzündung Blut im Stuhl
 Verstopfung/ Durchfälle

Urologische/ Gynäkologische Vorerkrankungen

- Prostatavergrößerung: Prostata-adenom mit Jahr der letzten Vorsorge:
Blasenentleerungsstörung

- besteht eine Schwangerschaft ja nein Jahr der letzten Vorsorge:
hatten Sie häufigere Fehlgeburten: ja nein Jahr der letzten Mammographie:
Jahr des letzten Ultraschalls des Unterbauches:

Augenärztliche Erkrankungen

- Engwinkelglaukom/ grüner Star

Allergien/ Unverträglichkeiten (vor allem auf Medikamente)?

Neurologische Vorerkrankungen

- Epilepsie/ Krampfanfall

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wieviel pro Tag? Was?

Rauchen Sie?

Wieviel pro Tag? Seit wann?

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (Krebs)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein; falls ja, welche: Marcumar ASS Plavix/Clopidogrel
 andere:

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

dr. med. petra willand | Fachärztin für Neurologie