



Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Gedächtnissprechstunde
 Leiter: Prof. Dr. med. Oliver Peters
 Müllroser Chaussee 7
 15236 Frankfurt/Oder

Telefon: +49 335 548 – 4530
 Telefax: +49 335 548 – 4502
 E-Mail: gedaechtnissprechstunde@klinikumffo.de

Fragebogen zur Gedächtnissprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich an uns gewandt, weil Sie Probleme mit Ihrem Gedächtnis bemerkt haben. Unser Angebot richtet sich an Menschen ab 50 Jahren (und an Menschen unter 50 Jahren, wenn Demenzen in der Familie mit frühem Erkrankungsalter aufgetreten/bekannt sind). Um Ihnen besser und schneller weiterhelfen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Dabei sollten Sie möglichst viele Fragen ohne die Hilfe Ihrer Angehörigen bearbeiten. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an die im Adressfeld stehende Adresse.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Bezugsperson (z.B. Partner) Name, Telefon, E-Mail:

Hausarzt
 Adresse:

Nervenarzt
 Adresse:

Zuletzt aufgesucht am:
 aufgesucht wegen:

Zuletzt aufgesucht am:
 aufgesucht wegen:

Ich wende mich wegen folgender Beschwerden an die Gedächtnissprechstunde:

Wann begannen diese Beschwerden?

Wem sind diese Beschwerden aufgefallen? mir selber meinen Angehörigen

Der Beginn der Beschwerden: unmerklich plötzlich

Verlauf der Beschwerden: stärker werdend gleichbleibend
 sich bessernd sprunghaft

Unterschied morgens und abends: gering deutlich

Die Beschwerden werden von anderen kaum bemerkt
 von anderen stark bemerkt

Traten die Beschwerden schon früher einmal auf? ja nein

Falls ja: Wurden Sie deshalb ärztlich behandelt? ja nein
 Welche Diagnose wurde gestellt?

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

- Kopf-MRT CT (Computertomografie)
 EEG Psychologische Testungen

Ich habe Schlafstörungen. ja nein

Ich grüble oft. ja nein

Ich habe Probleme beim Laufen. ja nein

Ich leide unter Unruhe in den Beinen (nachts). ja nein

Ich habe Probleme beim Wasserlassen. ja nein

Ich habe / hatte Trugwahrnehmungen. ja nein

Bitte beantworten Sie folgende Fragen über Ihr Befinden in den **vergangenen 7 Tagen**. Wenn Sie der Meinung sind, dass eine Frage auf Sie zutrifft, so machen Sie bitte ein Kreuz bei der Antwort „**ja**“. Sollten Sie der Meinung sein, dass eine Frage nicht zutrifft, so machen Sie ein Kreuz bei der Antwort „**nein**“. Bitte lassen Sie keine Antwort aus und versuchen Sie sich jeweils für „**ja**“ oder „**nein**“ zu entscheiden.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie mit Ihrem Leben im Grunde zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie viele Aktivitäten und Interessen aufgegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Glauben Sie, dass Ihr Leben sinnlos ist? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Langweilen Sie sich oft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blicken Sie voller Hoffnung in die Zukunft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Werden Sie durch Gedanken beunruhigt, die Ihnen Nicht aus dem Kopf gehen wollen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie die meiste Zeit über guter Stimmung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen könnte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich die meiste Zeit über glücklich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich oft hilflos? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Werden Sie oft ruhelos und nervös? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und neue Dinge zu unternehmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Machen Sie sich öfter Sorgen um die Zukunft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als die meisten anderen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Finden Sie es wunderbar jetzt zu leben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie oft niedergeschlagen und traurig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich unter den jetzigen Umständen wertlos? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beunruhigt Sie die Vergangenheit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Finden Sie das Leben sehr aufregend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fällt es Ihnen schwer, neue Aufgaben in Angriff zu nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich energiegeladen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Halten Sie Ihre Situation für hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glauben Sie, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ärgern Sie sich häufig über Kleinigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen häufig zum Weinen zumute?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fällt es Ihnen schwer sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Genießen Sie das morgendliche Aufstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehen Sie geselligen Veranstaltungen lieber aus dem Weg?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie sich leicht entscheiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie geistig so rege wie früher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zurzeit leide ich an folgenden **körperlichen Erkrankungen**:

Früher hatte ich folgende Erkrankungen:

Zurzeit nehme ich folgende **Medikamente** ein (Name/Dosis):

Welche wichtigen Probleme sind bisher nicht zur Sprache gekommen?

Ort, Datum

Unterschrift