

Fragebogen zur Gedächtnissprechstunde – Prof. Dr. med. Notger Müller

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich an mich gewandt, weil Sie Probleme mit Ihrem Gedächtnis bemerkt haben. Um Ihnen besser und schneller weiterhelfen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Dabei sollten Sie möglichst viele Fragen ohne die Hilfe Ihrer Angehörigen bearbeiten. Falls Sie eine Frage mal nicht beantworten können oder wollen, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Ihrem Termin in der Praxis mit.

Bringen Sie bitte ebenso alle Unterlagen incl. Bilder mit, die relevant sein könnten.

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Bezugsperson (z.B. Tochter, Name, Tel.): _____

Hausarzt: _____ Zuletzt aufgesucht am: _____

aufgesucht wegen: _____

Nervenarzt: _____ Zuletzt aufgesucht am: _____

aufgesucht wegen: _____

Ich wende mich wegen folgender Beschwerden an die Gedächtnissprechstunde:

Schildern Sie das drastischste Beispiel für Ihr Hauptproblem:

Wann begannen diese Beschwerden (ungefähr)? _____

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? O Kopf-MRT (Kernspin) O CT
(Computertomographie) O EEG O Psychologische Untersuchung O Labor O Andere: _____

Sind in der Familien Demenzerkrankungen bekannt? O ja, nämlich: _____ O nein

Falls ja, wer war/ist betroffen (z.B. Vater): _____

Zur Zeit leide ich an folgenden körperlichen Erkrankungen:

Früher hatte ich folgende Erkrankungen:

Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente ein (Name/Dosis):

Wie leben Sie? O alleine O mit Angehörigen O ambulanter Pflegedienst O Heim

Gibt es einen Pflegegrad? O ja, welchen _____ O Nein

Schwerbehindertenausweis? O ja, Grad: _____ O Nein

Wer kümmert sich um Sie? _____

Ist Ihre Wohnung behindertengerecht? O ja O Nein

Wer kümmert sich um	Ich selber	Partner	Anderer
Essen			
Haushalt			
Einkaufen			
Bankgeschäfte			
Körperhygiene			

Sind Sie berentet? O Ja, seit _____ O nein

Bildungsjahre (Schulzeit + höchste Ausbildung) _____

Höchster Schulabschluss: _____

Gelernte Berufe: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Ich habe Kinder: O ja, wie viele _____ O nein

Davon wohnen wie viele in der Nähe? _____

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Beschwerdehäufigkeit	Nein Nie	Teilweise Manchmal	Ja oft
Ich kann mir Neues nicht mehr merken			
Ich vergesse Inhalte von Gesprächen			
Ich verliere beim Lesen den roten Faden			
Ich komme bei Filmen nicht mehr mit			

Mir fallen Namen oft nicht ein			
Ich verlege Dinge und finde sie nicht wieder			
Ich kann mich an Vergangenes nicht mehr gut erinnern			
Mir fallen Worte nicht ein			
Ich kann Dinge nicht benennen			
Ich muss viel nachfragen			
Ich verlaufe/verfahre mich			
Es fällt mir schwer, planvoll vorzugehen			
Ich habe Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen			
Der Umgang mit Behörden überfordert mich			
Mein Partner/Angehöriger übernimmt immer mehr Dinge für mich			
Selber zu kochen überfordert mich			
Ich mache häufig Fehler			
Ich habe Hobbies ausgegeben			
Ich interessiere mich für vieles nicht mehr			
Ich kann meine Gefühle nicht kontrollieren			
Der Alltag überfordert mich			
Ich meide Situationen, die ich nicht kenne			
Ich habe Schlafstörungen			
Ich mache mir Sorgen			
Es ist mir alles egal			
Ich denke, dass das Leben keinen Sinn mehr hat.			
Ich fürchte, es wird etwas Schlimmes passieren.			
Ich würde morgens am liebsten nicht aufstehen.			
Ich meide den Kontakt mit anderen.			
Ich habe Probleme beim Laufen.			
Ich leide unter Unruhe in den Beinen (nachts).			
Ich habe Probleme beim Wasserlassen.			
Ich sehe/höre Dinge, die andere nicht wahrnehmen.			

Ich habe folgende spezielle Frage an den Arzt:
