

**GEDÄCHTNISSPRECHSTUNDE**

**Ärztliche Leitung:**

Assoz.-Prof.Dr.med.univ.Michaela Defrancesco, MMSc, PhD

**Neuropsychologie:**

Mag. Johanna Wenter

**Homepage:**

<https://www.i-med.ac.at/de/psychiatrie1/ambulanzen/gedaechtnissprechstunde/>

**Vorerhebungsblatt  
ERSTABKLÄRUNG**

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](mailto: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.

**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!!**

| Welche Symptome nehmen Sie selbst an sich wahr (Zeitraum im letzten halben Jahr)                                              |                                                                                        |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                               | häufig                                                                                 | gelegentlich             | nie                      |
| Ich habe das Gefühl, <b>vergesslich</b> zu sein oder an einer Gedächtnisstörung zu leiden                                     | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich <b>verlege</b> immer wieder Dinge oder Gegenstände (z.B. Schlüssel oder Brille)                                           | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, <b>gewohnte Aufgaben</b> zu bewältigen (z.B. meinen Haushalt zu führen, Bankgeschäfte zu erledigen) | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, für mich zu <b>kochen</b>                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, meine <b>Medikamente</b> richtig und regelmäßig einzunehmen                                         | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe weniger Lust auf <b>Sozialkontakte</b> als früher (z.B. sich mit Bekannten zu treffen, Kaffee trinken zu gehen)      | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, mich <b>sprachlich</b> auszudrücken – mir fallen immer wieder Wörter oder Begriffe nicht ein        | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten, <b>Geräte</b> wie das Telefon/Handy oder den Fernseher zu bedienen                                  | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich Bekannte treffe, fällt mir der <b>Name</b> der Person nicht ein                                                      | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es fällt mir schwer, mich in der gewohnten Umgebung zu <b>orientieren</b> – wieder nach Hause zu finden                       | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich benötige die Hilfe von Angehörigen oder Freunden, um meinen <b>Alltag</b> zu bewältigen                                   | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schwierigkeiten mich zu <b>konzentrieren</b> (z.B: beim Lesen)                                                       | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich <b>alleine, einsam oder traurig</b>                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter <b>Schlafstörungen</b>                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe aufgrund von oben genannten Symptomen <b>Aktivitäten oder Hobbies aufgegeben</b>                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |                          |                          |
| <b>Körperliche Symptome</b>                                                                                                   |                                                                                        |                          |                          |
| Haben Sie eine <b>Inkontinenz</b> ?                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja    o für Harn    o für Stuhl <input type="checkbox"/> nein |                          |                          |
| Leiden Sie unter <b>Schwindel</b> ?                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |                          |                          |
| Sind Sie in den letzten 6 Monaten <b>gestürzt</b> ?                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |                          |                          |
| Haben sie eine <b>Hörminderung</b> ?                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |                          |                          |
| Haben Sie eine <b>Sehminderung</b> ?                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |
| Fragen oder Anliegen die Sie beim Termin besprechen möchten                                                                   |                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                               |                                                                                        |                          |                          |

## Fragebogen für Angehörige oder Begleitpersonen

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/der Patientin?</b>  | <input type="checkbox"/> Ehepartner:in/<br>Lebenspartner:in<br><input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter<br>verschwägert<br><input type="checkbox"/> 24 Betreuung<br><input type="checkbox"/> andere |
| <b>Ihr Alter:</b>                                                     | <b>Ihr Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes                                                                                                                |
| <b>Wohnen Sie mit dem Patienten/der Patientin im selben Haushalt?</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ich wohne außerhalb<br><input type="checkbox"/> nein, aber im selben Gebäude/in unmittelbarer Nähe                                                                              |

Bayer ADL-Skala (Fremdbeurteilung) – Bitte Zutreffendes ankreuzen

### **Hat die Person (der Patient/die Patientin) Schwierigkeiten...**

|                                                                                                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|------------|
| ... mit Ihren <b>Alltagsaktivitäten</b> zurechtzukommen?                                             | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... für sich selbst <b>zu sorgen</b> ?                                                               | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...selbst und ohne Aufsicht Ihre/seine <b>Medikamente</b> zu nehmen?                                 | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...mit der <b>Körperpflege</b> ?                                                                     | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...wichtige Verabredungen einzuhalten oder <b>Termine</b> zu beachten?                               | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...sich aufs <b>Lesen</b> zu konzentrieren?                                                          | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...zu beschreiben, was sie/er gerade gesehen oder gehört hat?                                        | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...sich an einer <b>Unterhaltung</b> zu beteiligen?                                                  | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...ein <b>Telefon</b> zu benutzen?                                                                   | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...eine Nachricht für jemanden entgegenzunehmen?                                                     | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...spazieren zu gehen, ohne sich zu <b>verlaufen</b> ?                                               | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... <b>Einkäufe</b> zu machen?                                                                       | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... <b>Essen</b> zuzubereiten?                                                                       | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... <b>Geld</b> richtig ab zu zählen?                                                                | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...Ihre <b>finanziellen Angelegenheiten</b> selbst zu regeln?                                        | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...jemandem, der nach dem Weg fragt, Auskunft zu geben?                                              | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... <b>Haushaltsgeräte</b> zu benutzen?                                                              | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...sich an einem unbekannten Ort zurechtzufinden?                                                    | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ... <b>Verkehrsmittel</b> selbstständig zu benutzen?                                                 | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...Ihre <b>Freizeitaktivitäten</b> auszuüben?                                                        | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...eine angefangene Tätigkeit nach kurzer Unterbrechung fortzusetzen?                                | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...zwei Dinge gleichzeitig zu tun?                                                                   | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...mit <b>ungewohnten Situationen</b> fertig zu werden?                                              | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...ihren/seinen <b>täglichen Aktivitäten</b> nachzugehen, ohne dass größere Missgeschicke passieren? | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |
| ...eine Aufgabe Unterdruck auszuführen?                                                              | Nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 immer | Weiß nicht |

| Fragebogen zur Erhebung der Belastung von betreuenden/pflegenden Angehörigen                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte Zutreffendes ankreuzen                                                                                                                                                 | nie                      | selten                   | manchmal                 | ziemlich oft             | Fast immer               |
| Haben Sie das Gefühl, der Patient/die Patientin bittet um mehr Hilfe, als er/sie tatsächlich braucht?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen der Zeit, die Sie mit dem Patienten/der Patientin verbringen, nicht genug Zeit für sich selbst haben?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihnen das Verhalten des Patienten/der Patientin peinlich?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ärgern Sie sich über den Patienten/die Patientin, wenn Sie mit ihm/ihr zusammen sind?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin Ihre Beziehung zu anderen Familienangehörigen oder Freunden derzeit beeinträchtigt?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Machen Sie sich Sorgen darüber, wie die Zukunft für den Patienten/die Patientin aussieht?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben sie das Gefühl, dass der Patient/die Patientin auf Sie angewiesen ist?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind sie gestresst, wenn Sie mit dem Patienten/der Patientin zusammen sind?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit gelitten hat, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen dem Patienten/der Patientin nicht so viel Privatsphäre haben, wie Sie es gerne hätten?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Kontakte zu anderen Menschen gelitten haben, weil Sie den Patienten/die Patientin pflegen?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich wegen dem Patienten/der Patientin unbehaglich, wenn Sie Freunde zu Besuch haben?                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht genug Geld haben, um den Patienten/die Patientin zu pflegen, zusätzlich zu Ihren übrigen Ausgaben?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Patienten/die Patientin nicht mehr viel länger pflegen können?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben nicht mehr zu meistern, seit der Patient/die Patientin krank wurde?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie sich, Sie könnten die Pflege des Patienten/der Patientin einfach jemand anderem überlassen?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie sich unsicher, was Sie mit dem Patienten/der Patientin machen sollen?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr für den Patienten/die Patientin tun sollten?                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, Sie könnten bei der Pflege des Patienten/der Patientin Ihre Sache besser machen?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie sehr belastet Sie die Pflege des Patienten/der Patientin insgesamt?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |