

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/>



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK



**Vorerhebungsblatt
KONTROLLUNTERSUCHUNG**

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.

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

[illegible]

Fragebogen für Angehörige oder Begleitpersonen

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/der Patientin?	☐ Ehepartner:in/ Lebenspartner:in ☐ 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		

Bayer ADL-Skala (Fremdbeurteilung)

Hat die Person (der Patient/die Patientin) Schwierigkeiten... Bitte Zutreffendes ankreuzen

... mit Ihren Alltagsaktivitäten zurechtzukommen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
... für sich selbst zu sorgen ?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...selbst und ohne Aufsicht Ihre/seine Medikamente zu nehmen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...mit der Körperpflege ?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...wichtige Verabredungen einzuhalten oder Termine zu beachten?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...sich aufs Lesen 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 Unterhaltung zu beteiligen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...ein Telefon 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 verlaufen ?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
... Einkäufe zu machen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
... Essen zuzubereiten?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
... Geld richtig ab zu zählen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...Ihre finanziellen Angelegenheiten 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
... Haushaltsgeräte 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
... Verkehrsmittel selbstständig zu benutzen?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...Ihre Freizeitaktivitäten 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 ungewohnten Situationen fertig zu werden?	Nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 immer	Weiß nicht
...ihren/seinen täglichen Aktivitäten 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	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?	☐	☐	☐	☐	☐

