

An:
Charité Gedächtnissprechstunde Dr. Peters
Experimental and Clinical Research Center
Lindenberger Weg 80
13125 Berlin-Buch

CharitéCentrum 15 | Klinik für Psychiatrie

Gedächtnissprechstunde | Zentrum für Demenzprävention
Leiter: PD Dr. med. Oliver Peters

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)

Campus Benjamin Franklin: Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
Tel.: 030 / 450 517 685 | Fax: 030 / 450 517 985
Campus Berlin Buch: Lindenberger Weg 80, 13125 Berlin
Tel.: 030 / 450 540 077 | Fax: 030 / 450 540 997
<http://psychiatrie.charite.de>

Fragebogen zur Gedächtnissprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich an uns gewandt, weil Sie Probleme mit Ihrem Gedächtnis bemerkt haben. 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:

gedaechtnissprechstunde@charite.de oder an die im Adressfeld stehende Adresse.

Name, Vorname:	Datum:
Geb.-Datum:	
Adresse:	
Telefon:	
Bezugsperson (z.B. Tochter, Name, Tel.):	
<u>Hausarzt</u> Adresse:	<u>Nervenarzt</u> Adresse:
Zuletzt aufgesucht am: aufgesucht wegen:	Zuletzt aufgesucht am: aufgesucht wegen:
Ich wünsche bevorzugt einen Termin in:	
<input type="checkbox"/> Berlin-Buch	<input type="checkbox"/> Berlin-Steglitz

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 (Kernspin)
 EEG

CT (Computertomographie)
 Psychologische Untersuchung

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 die folgenden 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 sehr? | <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 |

Zur Zeit leide ich an folgenden **körperlichen Erkrankungen**:

Früher hatte ich folgende Erkrankungen:

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

Welche wichtigen Probleme sind bisher nicht zur Sprache gekommen?