

Gedächtnissprechstunde SKH Rodewisch

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bereits vor Ihrem ersten Termin in unserer Gedächtnisambulanz kennenlernen und bitten Sie, diesen Fragebogen **sorgfältig und vollständig** auszufüllen. **Nur dann** erfolgt eine Terminvergabe. Ihre Angaben helfen uns, die Ursachen Ihrer Gedächtnisprobleme schnell und gezielt zu klären und Ihre Termine in unserer Ambulanz zu planen.

Fügen Sie bitte alle Ihnen vorliegenden Vorbefunde sowie wichtige Unterlagen diesem Bogen bei:

- Blutuntersuchungen
- MRT Kopf
- Arzneimittelplan
- Diagnosenliste
- Arztbriefe, Entlassungsbriefe aus Krankenhäusern
- Vorsorgevollmacht/ Betreuung

Diesen Bogen können Sie

- per Mail (gedaechtnisambulanz@skhro.sms.sachsen.de) oder
- per Post (Frau Möckel, Sekretariat Neurologie, SKH Rodewisch, Bahnhofstraße 1, 08228 Rodewisch) oder
- persönlich (Sekretariat der Neurologischen Klinik, Haus B1, Zimmer 111, 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr)

an uns zurücksenden/abgeben.

Nach Prüfung aller Unterlagen werden wir uns bezüglich eines ersten Untersuchungstermins bei Ihnen melden.

Wir danken für Ihre Unterstützung!

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Hausarzt: _____

Wichtige Bezugsperson (z.B. Partner, Kinder):

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?

☐ nein

☐ ja (Kopie bitte beifügen): Name: _____ Telefon: _____

2. Grund der Vorstellung

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch? (z.B. Vergesslichkeit, Orientierungsprobleme, Wortfindungsstörungen):

Seit wann bemerken Sie diese Veränderungen ungefähr?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

☐ ja: _____

☐ nein

Begannen die Beschwerden

☐ plötzlich

oder

☐ langsam schleichend?

Haben sich die Probleme über die Zeit verändert?

- ☐ nein, alles unverändert stabil geblieben
- ☐ ja, verschlechtert
- ☐ ja, gebessert

Gab es in Ihrer Familie bereits Fälle von dementiellen Erkrankungen?

- ☐ nein
- ☐ ja, bei wem? _____

Wie alt war diese Person bei Beginn der Beschwerden?
_____ Jahre

3. Verlauf und Symptome im Alltag

Bitte kreuzen Sie an, was in letzter Zeit häufiger vorkommt.

Mir entfallen oft wichtige Termine oder Verabredungen. ☐ ja ☐ nein

Ich verlege häufig Gegenstände (z.B. Schlüssel, Brille). ☐ ja ☐ nein

Ich habe Schwierigkeiten, mich an kürzlich getroffene Absprachen zu erinnern. ☐ ja ☐ nein

Ich habe Schwierigkeiten, mich an Ereignisse der vergangenen Tage zu erinnern. ☐ ja ☐ nein

Es fällt mir schwer, einem Gespräch oder einer Fernsehsendung zu folgen. ☐ ja ☐ nein

Es fällt mir schwerer, mich in einer neuen Umgebung zu orientieren. ☐ ja ☐ nein

Ich habe Schwierigkeiten, bekannte Haushaltsgeräte zu bedienen. ☐ ja ☐ nein

Ich habe Schwierigkeiten, Finanzgeschäfte (Kontoverwaltung, Geldabhebungen, Überweisungen) zu regeln. ☐ ja ☐ nein

Es fällt es mir oft schwer, das passende Wort zu finden. ☐ ja ☐ nein

4. Bisherige Untersuchungen & Krankengeschichte

Wurden wegen Ihrer Gedächtnisprobleme bereits Untersuchungen durchgeführt (z.B. Blutbild, MRT)? Befunde bitte beifügen.

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

☐ MRT Kopf ☐ Blutuntersuchung vom _____

☐ andere:

Welche Erkrankungen sind bzw. waren bei Ihnen bekannt?

Gibt es in Ihrer Familie chronische oder schwerwiegende Krankheiten?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

5. Lebenssituation und Alltag

Wie ist Ihre Wohnsituation?

☐ Alleine ☐ Mit Partner/Familie ☐ Betreutes Wohnen ☐ Pflegeheim

Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ Nein ☐ Ja, Pflegegrad _____

Erhalten Sie Unterstützung im Alltag?

☐ Nein ☐ Durch Angehörige ☐ Ambulanter Pflegedienst

Fahren Sie noch selbst Auto?

☐ Ja ☐ Nein, ich habe das Fahren aufgegeben seit: _____

Sind Sie berufstätig?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, sind Sie aktuell arbeitsunfähig/krankgeschrieben? Seit wann?

6. Befinden und Gewohnheiten

Haben Sie in den letzten Wochen oder Monaten Veränderungen an Ihrer Stimmung bemerkt (z.B. Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Angst)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Wie schätzen Sie Ihren Alkoholkonsum ein?

☐ Keinen ☐ Gelegentlich ☐ Täglich: ca. _____ Gläser/ca. _____ Flaschen

Was trinken Sie? ☐ Bier ☐ Wein/Sekt ☐ Schnaps

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____