

Name des Patienten: _____

Datum: _____



SCHRITT 1: UNTERSUCHUNG DES PATIENTEN

Jede Frage sollte nur einmal gestellt werden (Ausnahmen sind gesondert gekennzeichnet).

Name und Adresse fuer anschliessende Erinnerungsaufgabe

Ich werde Ihnen nun einen Namen und eine Adresse nennen. Wenn ich fertig bin, möchte ich, dass Sie beides wiederholen. Bitte prägen Sie sich diesen Namen und diese Adresse ein, denn ich werde Sie in ein paar Minuten erneut danach fragen: Johannes Braun, Mozartstrasse 42, Wesel. (maximal 4 Versuche erlaubt).

Zeitliche Orientierung

1. Welches Datum haben wir heute? (nur genaue Antwort)

Richtig Falsch

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Uhr zeichnen (Benutzen Sie ein leeres Blatt)

2. Bitte zeichnen Sie alle Ziffern einer Uhr in diesen Kreis. (richtiger Abstand zwischen den Ziffern erforderlich)
3. Bitte zeichnen Sie nun die Zeiger, so dass die Uhr 10 Minuten nach 11 anzeigt. (11.10)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Information

4. Können Sie mir etwas erzählen, das kürzlich in den Nachrichten war? (Kürzlich = innerhalb der letzten Woche. Wenn eine allgemeine Antwort gegeben wird, z.B. „Krieg“, „viel Regen“ fragen Sie nach Details. Nur eine detaillierte Antwort gibt einen Punkt.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wiederabruf/Erinnern

5. Welchen Namen und welche Adresse habe ich Sie gebeten, sich zu merken?
- Johannes
- Braun
- Mozartstrasse
- 42
- Wesel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe aller korrekt beantworteten Fragen.

Summe: von 9

9 Keine signifikante kognitive Beeinträchtigung

Keine weiteren Tests nötig

5 – 8 Weitere Informationen nötig

Fahren Sie fort mit Schritt 2

0 – 4 Hinweis auf kognitive Beeinträchtigung

Führen Sie Standard-Untersuchungen durch

Name des Patienten: _____

Datum: _____



SCHRITT 2: ANGEHÖRIGEN INTERVIEW

Name des Angehörigen: _____

Beziehung des Angehörigen zum Patienten: _____

Fragen Sie den Angehörigen:

Im Vergleich zu vor 5-10 Jahren,

	JA	NEIN	Weiss nicht	Unzutreffend
1. Hat der Patient größere Schwierigkeiten als vorher, sich an Dinge zu erinnern, die kürzlich passierten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hat er oder sie größere Schwierigkeiten, sich an Unterhaltungen ein paar Tage später zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hat der Patient größere Schwierigkeiten, das richtige Wort zu finden oder hat er oder sie die Tendenz, falsche Wörter zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ist der Patient weniger in der Lage, Geld und finanzielle Angelegenheiten zu regeln (z.B. Rechnungen bezahlen, Haushaltsplanung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist der Patient weniger in der Lage, seine/ihre Medikamente eigenständig zu handhaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benötigt der Patient mehr Unterstützung bei der Benutzung von Verkehrsmitteln (privat oder öffentlicher Verkehr)? (Wenn Schwierigkeiten einzig auf physische Probleme zurückzuführen sind, z.B. Knieprobleme, kreuzen Sie „nein“ an.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtwert ergibt sich aus der Summe aller mit „nein“, „weiss nicht“ oder „unzutreffend“ beantworteten Fragen.

Summe: von 6

4 – 6 Keine signifikante kognitive Beeinträchtigung

Keine weiteren Tests nötig

0 – 3 Hinweis auf kognitive Beeinträchtigung

Führen Sie Standard-Untersuchungen durch

Bei Überweisung an einen Spezialisten erwähnen Sie die folgenden Testergebnisse:

Schritt 1 **Untersuchung des Patienten:** ___ / 9

Schritt 2 **Angehörigen Interview:** ___ / 6 oder **nicht durchgeführt**