

Fragen an Angehörige/Betreuer

Wie heißt der Patient?

In welcher (verwandtschaftlichen) Beziehung stehen Sie zu der/dem Patientin/en?

Wie oft haben Sie den Patienten gesehen?

☐ wöchentlich ☐ täglich ☐ stündlich Seit wann?

1. Hat sie/er **Einzelheiten aus einem Ereignis, dass er/sie erlebt hat, vergessen**, Gesprächsinhalte bei einem gemeinsamen Essen, Daten eines Besuchs oder einer Fahrt, Teile einer Nachricht, oder ähnliches?

☐ ja → Geben Sie bitte ein Beispiel:

Wann ist Ihnen dies zum ersten Mal aufgefallen?

vor ☐ 1 Monat ☐ ½ Jahr ☐ 1 Jahr ☐ 1,5 Jahren
 ☐ 2 Jahren ☐ 3-6 Jahren ☐ längerer Zeit

2. Hat sie/er **ein ganzes Ereignis, dass er/sie erlebt hat, vergessen**, einen Besuch, eine Fahrt, eine Nachricht, ein gemeinsames Essen oder ähnliches?

☐ ja → Geben Sie bitte ein Beispiel:

Wann ist Ihnen dies zum ersten Mal aufgefallen?

vor ☐ 1 Monat ☐ ½ Jahr ☐ 1 Jahr ☐ 1,5 Jahren
 ☐ 2 Jahren ☐ 3-6 Jahren ☐ längerer Zeit

3.1 Ist das **Gedächtnis schlechter geworden**?

Ist die Verschlechterung *unmerklich langsam* abgelaufen?

☐ nein ☐ ja

Oder ist die Verschlechterung *in Stufen von deutlicher Verschlechterung* abgelaufen?

☐ nein

☐ ja → Wann war die letzte einer solchen markanten Verschlechterung?

3.2 Ist das **Gedächtnis gleich bleibend gestört**, an praktisch allen Tagen gleich stark?

☐ gleich bleibend gestört:

☐ Schwankungen in der Gedächtnisleistung - an einigen Tagen stark gestört und an anderen Tagen praktisch unbeeinträchtigt

☐ Schwankungen in der Gedächtnisleistungen im Verlauf eines Tages

Wie viele verschiedene Dinge, die einzukaufen sind, merkt sie/er sich:

☐ ja → Geben Sie bitte ein Beispiel:

vor ☐ 1 Monat ☐ ½ Jahr ☐ 1 Jahr ☐ 1,5 Jahren
☐ 2 Jahren ☐ 3-6 Jahren ☐ längerer Zeit

☐ Üblicherweise ☐ manchmal

☐ oder selten ☐ vergisst ihn regelmäßig

☐ Üblicherweise ☐ manchmal

☐ oder selten ☐ vergisst ihn regelmäßig

☐ Üblicherweise ☐ manchmal

☐ oder selten ☐ vergisst ihn regelmäßig

☐ üblicherweise ☐ manchmal

☐ oder selten ☐ vergisst ihn regelmäßig

☐ üblicherweise ☐ manchmal

☐ selten ☐ in der Regel nicht

☐ Üblicherweise ☐ manchmal

☐ selten ☐ in der Regel nicht

8. Kann sie/er **Erklärungen, Erläuterungen** oder **Beschreibungen verstehen**?

Kann sie/er Anweisungen, beispielsweise etwas auszuführen, verstehen?

☐ nein → Geben Sie bitte ein Beispiel:

Hat sie/er Schwierigkeiten, **Sie in einem Gespräch zu verstehen, bzw. die Äußerungen eines anderen Menschen zu verstehen**?

☐ ja → Geben Sie bitte ein Beispiel:

9. Hat sie/er eine regelmäßige Beschäftigung, **ein Hobby aufgegeben**?

☐ ja → Bitte geben Sie ein Beispiel:

Kam es zu **Fehlern** bei der Ausführung von Hobbies?

☐ ja → Bitte geben Sie ein Beispiel:

Hat sie/er eine regelmäßige **Arbeit im Haushalt aufgegeben** oder kam es zu **Fehlern**?

☐ ja → Bitte geben Sie ein Beispiel:

Kam es zu **Fehlern im Haushalt, beim Gebrauch von Werkzeugen**, Instrumenten, Apparaten oder Besteck – beispielsweise Zange, Schere, Messer, Radio, Klimaanlage, oder Herd?

☐ ja → Bitte geben Sie ein Beispiel:

→ Bitte versuchen Sie noch ein Beispiel anzuführen:

Wird er/sie zu **geselligen Ereignissen**, z.B. zum Essengehen in ein Restaurant **mitgenommen** – oder könnte mitgenommen werden?

☐ ja

☐ nein → Geben sie bitte einen Grund an:

Hat sich in der letzten Zeit eine **Wesensänderung** / eine Änderung in der Persönlichkeit ergeben?

☐ Ja → Bitte geben Sie ein Beispiel:

10. Bitte geben Sie an, inwieweit sie/er wegen der Störung der geistigen Fähigkeiten (weniger der körperlichen Fähigkeiten) nicht mehr in der Lage ist, die folgenden **Alltagsaktivitäten zu bewältigen:**

10.1 Anziehen

- | | |
|---|---|
| ☐ selbständig | ☐ gelegentlich falscher Knopf etc. |
| ☐ falsche Reihenfolge,
gewöhnlich etwas vergessen | ☐ unfähig, sich anzuziehen |

→ erste Störung seit wann? _____

10.2 Waschen, Selbstpflege, Hygiene

- | | |
|---|---|
| ☐ selbständig | ☐ braucht Anregung |
| ☐ braucht manchmal Hilfe | ☐ immer oder fast immer hilfsbedürftig |

10.3 Essen

- | | |
|--|---|
| ☐ korrekt, richtige Werkzeuge | ☐ unordentlich, mit dem Löffel |
| ☐ nur festes Essen | ☐ muss komplett gefüttert werden |

10.4 Toilettengang - Wasserlassen Stuhlgang

- | | |
|---|---|
| ☐ selbständig | ☐ Ungeschicklichkeiten |
| ☐ muss sich gelegentlich helfen lassen | ☐ unfähig, auf die Toilette zu gehen |

10.5 Blasenkontrolle

- | | |
|--|--|
| ☐ Normal, volle Kontrolle | ☐ gelegentlich Bettnässe |
| ☐ häufig Bettnässe | ☐ immer unfähig, Wasser zu halten |

→ erste Störung seit wann? _____

10.6 Stuhlgang-Kontrolle

- | | |
|--|--|
| ☐ Normal, volle Kontrolle | ☐ gelegentlich außer Kontrolle |
| ☐ häufig außer Kontrolle | ☐ immer unfähig Stuhl zu halten |

→ erste Störung seit wann? _____