

Checkliste Arztbesuch

Die folgende Checkliste soll Betroffene und Angehörige dabei unterstützen, sich möglichst optimal auf den Arztbesuch vorzubereiten. Am besten, Sie gehen diese Fragen vor dem Arztbesuch gemeinsam durch und machen sich dazu Notizen.

Jetzige Beschwerden

| Problembereiche, Beispiele | Nein | Ja |
|--|------|----|
| Welches ist zurzeit das Hauptproblem? | | |
| Gedächtnis: Namen vergessen? Termine vergessen? Immer wieder dieselben Fragen? Personen nicht mehr erkannt? Werden Gegenstände verlegt? | | |
| Sprache: Fallen Begriffe nicht mehr ein? Falsche Bezeichnungen? | | |
| Denken: Probleme beim abstrakten Denken? | | |
| Alltagsaktivitäten: Probleme beim Anziehen, Waschen, Kochen, Einkaufen? | | |
| Orientierung: Bestehen Schwierigkeiten sich in fremder Umgebung zurechtzufinden? Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr vergessen? | | |
| Stimmung: Herrscht im Allgemeinen eine niedergedrückte Stimmungslage vor? Interesse verloren? Oft an den Tod gedacht? Starke Stimmungsschwankungen? Angst? Unruhe? | | |
| Antrieb: Kein Schwung? Keine Energie? Stundenlang teilnahmslos vor dem Fernseher? | | |
| Schlaf: Ein- oder Durchschlafstörung? Nachts wach und tagsüber müde? | | |
| Konzentration: Kann eine Zeitschrift ganz gelesen werden? | | |
| Schwankungen: Gibt es deutliche Schwankungen der Beschwerden? Abhängig von der Tageszeit? | | |
| Persönlichkeit: Verändert oder gleich geblieben? | | |
| Verhalten: Ungewöhnliche Verhaltensweisen? Öfter aggressiv? | | |
| Anmerkungen: | | |

Beginn der Beschwerden?

| | Nein | Ja |
|--|------|----|
| Beginn der Beschwerden schleichend oder plötzlich? | | |
| Welche waren die ersten Beschwerden und Probleme? | | |
| Beschwerden seit ... | | |
| Anmerkungen: | | |

Andere Krankheiten

| | Nein | Ja |
|---|------|----|
| Durchblutungsstörungen des Gehirns: Schlaganfall? Schwindel? Schwarzwerden vor Augen? Stürze? Vorübergehende Lähmungserscheinungen? | | |
| Herz: Herzerkrankung, Herzinfarkt, Herzschwäche? | | |
| Beine: Schaufensterkrankheit, Schmerzen in den Beinen beim Gehen? | | |
| Diabetes bzw. Zuckerkrankheit: Erhöhte Blutzuckerwerte bekannt? | | |
| Bluthochdruck? | | |
| Depression: Stimmung? Antrieb? Energie? Gewichtsverlust? Schlafstörungen? | | |
| Parkinson-Krankheit? Andere Erkrankungen des Gehirns bekannt? | | |
| Anmerkungen: | | |

Familie

| | Nein | Ja |
|---|------|----|
| Ähnliche Probleme in der Familie (Eltern, Geschwister)? | | |
| Andere chronische Krankheiten in der Familie? z. B. Fettstoffwechselstörung | | |
| Anmerkungen: | | |

Risikofaktoren

| | Nein | Ja |
|---------------------------|------|----|
| Rauchen? | | |
| Übergewicht? | | |
| Bewegungsmangel? | | |
| Zu hohe Cholesterinwerte? | | |
| Frühere Kopfverletzung? | | |
| ApoE4 im Blut bestimmt? | | |
| Anmerkungen: | | |

Bereits durchgeführte Untersuchungen

| | Nein | Ja |
|---|------|----|
| Hirnleistungstest? Welche/r? | | |
| Computertomographie, Kernspintomographie: Wann? Wo? Befund? Andere, z. B. PET oder SPECT? | | |
| Laboruntersuchungen: Auffällige Werte? Cholesterin? Blutzucker? | | |
| Psychiatrische Untersuchung? | | |
| Anmerkungen: | | |

Bisherige Behandlung

| | Nein | Ja |
|--|------|----|
| Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit? | | |
| Herzmedikamente? Blutdruckmedikamente? | | |
| Blutzucker- senkende Medikamente? | | |
| Andere Medikamente? | | |
| Andere Behandlung? | | |
| Anmerkungen: | | |

Betreuung

| | Nein | Ja |
|--|------|----|
| Lebt der Betroffene alleine? Mit Ehegatten/Familie? Im Heim? | | |
| Ist eine Betreuung eingerichtet? | | |
| Kommt der Betroffene in jetziger Umgebung zurecht? | | |
| Anmerkungen: | | |