

Anlage 2

zum ärztlichen Gutachten zur
Heimaufnahme
-vertraulich-



Bruder Jordan Zentrum
Vollstationäre Altenhilfe
Pfefferackerstr.67
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/38665-0
Fax: 0209/38665-33

E-Mail: heimleitung@bruder-jordan-haus-gelsenkirchen.de

Sicherung der Diagnose Demenz

Name, Vorname: _____

Untersuchungsdatum: _____

Risikofaktoren

- Hochdruck Fettstoffwechsel Alkohol Medikamente
 Diabetes Herz Nikotin anamnestisch Depression andere

Demenzkriterien nach ICD 10

Gedächtnisstörungen:	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/> Neu -	<input type="checkbox"/> Altgedächtnis	<input type="checkbox"/> Zeitgitter
Störungen der Orientierung	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> Zur eigenen Person
Gestörte Informationsverarbeitung:	<input type="checkbox"/> Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/> planendes Handeln	<input type="checkbox"/> Ideenfluss	
Affektive Störungen:	<input type="checkbox"/> Impulskontrolle	<input type="checkbox"/> Depressivität	<input type="checkbox"/> Motivation	<input type="checkbox"/> Antrieb
Handlungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Praxie	<input type="checkbox"/> Bedienen von Geräten		
Minderung d. Alltagskompetenz:	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Gangstörung		
Dauer der Symptome:	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate	<input type="checkbox"/> Krankheitsbeginn ca.		

Verlaufskriterien:	<input type="checkbox"/> langsam progredient	<input type="checkbox"/> fluktuierend	
	<input type="checkbox"/> Verwirrtheitsphasen	<input type="checkbox"/> Tagesschwankungen	<input type="checkbox"/> Tag- Nacht- Umkehr

Psychische	<input type="checkbox"/> Wahn	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Angst
Zusatzsymptome	<input type="checkbox"/> Identifikationsstörungen von	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> Situation	

Klinischer Schweregrad der Demenz

<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Psychometrie:

(Patient)

<input type="checkbox"/> CI-Skala	Punktezahl:
<input type="checkbox"/> DemTect	Punktezahl:
<input type="checkbox"/> MMST Test	Punktezahl:
<input type="checkbox"/> Uhren-Test	Punktezahl:
<input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> GDS - 15	Punktezahl:

Globale Einschätzung des Demenzstadiums nach GDS (Reisberg)

Stadium:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Behandlungsentscheidung**Therapie eingeleitet** nein

Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> allgemeinmedizinisch	<input type="checkbox"/> Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Antidementiva
	<input type="checkbox"/> sozialpsychiatrisch	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Physiotherapie
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> weitere Diagnostik	<input type="checkbox"/> andere

Ort/Datum/Stempel**Unterschrift des Arztes:**