



## A: Erfassung des höchsten Leistungsniveaus

Bitte geben Sie **das höchste Leistungsniveau an, das die Klientin bzw. der Klient hat oder hatte**, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen.

### Sprache

- kann oder konnte fließend und verständlich sprechen
- 
- kann oder konnte kurze Sätze bilden
- 
- kann oder konnte nur einige Worte sprechen
- 
- kann oder konnte nicht viel sprechen, aber benutzt Zeichensprache
- 
- kann oder konnte nicht sprechen und benutzt auch keine Zeichensprache
- 

### Alltagsfähigkeiten (z. B.: Anziehen, Waschen, Essen, etc.)

- kann oder konnte selbständig mit wenig Hilfe leben
- 
- kann oder konnte selbständig leben, aber benötigt viel Hilfe bei der Bewältigung des Alltags
- 
- kann oder konnte nicht selbständig leben und braucht etwas Hilfe bei der Bewältigung des Alltags
- 
- kann oder konnte nicht selbständig leben und braucht viel Hilfe bei der Bewältigung des Alltags
- 

### Aktuelle Unterbringung

- allein, in seiner / ihrer eigenen Wohnung / Haus
- 
- mit Verwandten / Angehörigen
- 
- ambulant betreutes Wohnen (zeitweise Betreuung)
- 
- gemeinschaftliches Wohnen
- 
- in einem Pflegeheim
- 
- anderes \_\_\_\_\_
- 

### Andere relevante Informationen:

---

---

---

---

---

---

---

## B: Demenzassoziierte Symptome und Verhaltensweisen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens.

Beispiel: Frage 1) Braucht Hilfe beim Waschen und / oder Baden.

Wenn die Person als Erwachsener schon immer Hilfe beim Waschen oder Baden brauchte, kreuzen Sie bitte an „War schon immer der Fall“.

Wenn es scheint, dass sich frühere Fähigkeiten der Person auf diesem Gebiet verschlechtert haben, kreuzen Sie bitte an „Schon immer, hat sich jedoch verschlechtert“.

Wenn die Person diese Fähigkeit im Erwachsenenalter bereits hatte und diese Fähigkeit in letzter Zeit verloren hat, kreuzen Sie bitte an „Neues Symptom“.

Falls die Frage für diese Person nicht relevant ist (in diesem Fall, wenn sich die Person selbst waschen und baden kann und sich das nicht verändert hat), dann kreuzen Sie bitte an „Trifft nicht zu“.

Bitte beachten Sie: Die Schwierigkeiten können auch nur gelegentlich auftreten und müssen nicht alle genannten Aspekte (hier: Waschen und Baden) umfassen.

|    |   | War schon immer der Fall | Schon immer, hat sich jedoch verschlechtert | Neues Symptom            | Trifft nicht zu          |
|----|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Braucht Hilfe beim Waschen und / oder Baden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Braucht Hilfe beim An- und Entkleiden und dessen Vorbereitung                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Kleidet sich unangemessen, z. B. verkehrt herum oder unvollständig                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Entkleidet sich in unpassenden Situationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Braucht Hilfe beim Essen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Braucht Hilfe bei der Toilettenbenutzung<br>(Inkontinenzmaterial oder ein Katheter sind eine Hilfe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Stuhl- und Urinkontrolle beeinträchtigt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Beginnt eigeninitiativ keine Unterhaltung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Wortfindungsstörungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Hat Schwierigkeiten, einfachen Anweisungen zu folgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Hat Schwierigkeiten, mehr als einer Anweisung gleichzeitig zu folgen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Unterbricht unbegründet die Durchführung einer Aufgabe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |   | War schon<br>immer der<br>Fall | Schon immer,<br>hat sich jedoch<br>verschlechtert | Neues<br>Symptom         | Trifft nicht zu          |
|----|---|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 13 | Schwierigkeiten zu lesen  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Schwierigkeiten zu schreiben<br>(Das Schreiben des eigenen Namens in Druck-<br>buchstaben ist als „schreiben können“ zu werten) | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Veränderter Schlafrhythmus<br>(schläft mehr oder weniger)   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Wacht nachts häufig auf   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Ist nachts verwirrt   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Schläft tagsüber  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Wandert nachts herum  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Hat Schwierigkeiten, Wege in vertrauter<br>Umgebung zu finden   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Rastloses Umherwandern  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Schwierigkeiten bei der zeitlichen Orientierung<br>(Tageszeit, Wochentag, Jahreszeiten)   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Hat Schwierigkeiten, sicher über kleine Ritzen<br>bzw. Linien am Boden oder unebene Flächen zu<br>gehen                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Unsicherer Gang, verliert Gleichgewicht<br>(eine Person im Rollstuhl hat einen unsicheren<br>Gang)                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Braucht Hilfe beim Gehen<br>(ein Rollstuhl ist eine Gehhilfe)   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Hat Schwierigkeiten, vertraute Personen wieder-<br>zuerkennen (Pflegepersonal, Angehörige)                                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Hat Schwierigkeiten, sich an Namen von ver-<br>trauten Personen zu erinnern   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Hat Schwierigkeiten, sich an kurz zurück-<br>liegende Ereignisse zu erinnern  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Zieht sich von sozialen Aktivitäten zurück  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |  | War schon<br>immer der<br>Fall | Schon immer,<br>hat sich jedoch<br>verschlechtert | Neues<br>Symptom         | Trifft nicht zu          |
|----|--|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 30 | Zieht sich von Menschen zurück   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Verliert Interesse an Hobbies und Aktivitäten                                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Scheint sich in eine eigene Welt zurückzuziehen                              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Zwanghaftes oder stereotypes Verhalten (z.B. räumt wiederholt Schränke leer) | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Versteckt oder hortet Gegenstände  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Verliert Gegenstände   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Legt vertraute Dinge an falsche Orte   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Hat Schwierigkeiten, etwas mit vertrauten Gegenständen anzufangen            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Scheint unsicher zu sein   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | Scheint ängstlich oder nervös zu sein  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Scheint deprimiert zu sein   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | Zeigt Aggressionen (verbal oder physisch)                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Anfälle/Epilepsie treten auf   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 | Spricht mit sich selbst  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Auswertung (vom Testleiter / von der Testleiterin auszufüllen):

| <b>Auswertung für Teil B</b>               |     |
|--|-----|
| Schon immer / Trifft nicht zu: 0 Punkte    | (0) |
| Verschlechtert / Neues Symptom: je 1 Punkt |     |
| <b>Auswertung für Teil C</b>               |     |
| Ja = 1 Punkt                               |     |
| Nein = 0 Punkte                            | (0) |
| <b>Gesamtwert (Teil B + Teil C)</b>        |     |
|  | /53 |

Gesamtwert  $\geq 20$  = Mögliches (aber nicht gesichertes) Vorliegen einer Demenz; weitere Untersuchungen erforderlich.

Gesamtwert  $< 20$  = Auch bei Unterschreitung des Cut-Off-Wertes kann eine Demenz nicht sicher ausgeschlossen werden.