KLINIKUM CHEMNITZ

Patientenfragebogen Gedächtnisambulanz

Bei Verdacht auf leichte kognitive Störung oder demenzielles Syndrom

Patientendaten **Datum: _____**

Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefon:
Angehöriger:	E-Mail:
Hausarzt:	Neurologe/Psychiater:

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie hinsichtlich des Gedächtnisses?

Wann sind die Symptome das erste Mal aufgefallen? Wie haben sich diese entwickelt?

Wem sind die Beschwerden erstmalig aufgefallen (u.a. Ehepartner, Angehörige)?

Welche Auswirkungen haben die Gedächtnisprobleme auf Ihren Alltag?

Wurde bereits Diagnostik eingeleitet? Wenn ja, welche genau (MRT, kognitive Tests,…)?