

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## GPCOG Screening Test

### Schritt 1: Untersuchung des Patienten

Jede Frage sollte nur einmal gestellt werden (Ausnahmen sind gesondert gekennzeichnet)

#### Name und Adresse fuer anschliessende Erinnerungsaufgabe

1. „Ich werde Ihnen nun einen Namen und eine Adresse nennen. Wenn ich fertig bin, moechte ich, dass Sie es wiederholen. Bitte prägen Sie sich diesen Namen und diese Adresse ein, denn ich werde Sie in ein paar Minuten erneut danach fragen: Johannes Braun, Mozartstrasse 42, Wesel.“ (maximal 4 Versuche erlaubt).

#### Zeitliche Orientierung

2. „Welches Datum haben wir heute?“ (nur genaue Antwort)

richtig

falsch

#### Uhr zeichnen – (Benutzen Sie ein leeres Blatt)

3. „Bitte zeichnen Sie alle Ziffern einer Uhr in diesen Kreis“ (richtiger Abstand zwischen den Ziffern erforderlich)
4. „Bitte zeichnen Sie nun die Zeiger, so dass die Uhr 10 Minuten nach 11 anzeigt“ (11:10).

#### Information

5. „Können Sie mir etwas erzählen, das kürzlich in den Nachrichten war? (Kürzlich = innerhalb der letzten Woche. Wenn eine allgemeine Antwort gegeben wird, z.B. „Krieg“, „viel Regen“ fragen Sie nach Details. Nur eine spezifische Antwort gibt einen Punkt).

#### Wiederabruf/Erinnern

6. Welchen Namen und welche Adresse habe ich Sie gebeten, sich zu merken?
  - Johannes
  - Braun
  - Mozartstrasse
  - 42
  - Wesel



Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe aller korrekt beantworteten Fragen.

Summe richtiger Antworten (von 9 moeglichen):

/9

Wert von 9:	Keine signifikante kognitive Beeinträchtigung, keine weiteren Tests nötig.
Wert zwischen 5-8:	Weitere Informationen nötig. Fahren Sie fort mit Schritt 2: Interview mit einem Informanten
Wert zwischen 0-4:	Hinweis auf kognitive Beeinträchtigung. Führen Sie Standard-Untersuchungen durch.

## Schritt 2: Interview mit einem Informanten

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Informanten: \_\_\_\_\_

Beziehung des Informanten zum Patienten, d.h. der Informant ist  
\_\_\_\_\_ des Patienten.

**Die folgenden 6 Fragen beziehen sich darauf, wie der Patient heute im Vergleich zu vor 5 – 10 Jahre ist**

Im Vergleich zu vor ein paar Jahren...	ja	nein	Weiss nicht	Unzutreffend
1. Hat der Patient größere Schwierigkeiten als vorher, sich an Dinge zu erinnern, die kürzlich passierten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hat er oder sie größere Schwierigkeiten, sich an Unterhaltungen ein paar Tage später zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hat der Patient größere Schwierigkeiten, das richtige Wort zu finden oder hat er oder sie die Tendenz, falsche Wörter zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ist der Patient weniger in der Lage, Geld und finanzielle Angelegenheiten zu regeln (z.B. Rechnungen bezahlen, Haushaltsplanung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist der Patient weniger in der Lage, seine/ihre Medikamente eigenständig zu handhaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benötigt der Patient mehr Unterstützung bei der Benutzung von Verkehrsmitteln (privat oder öffentlicher Verkehr)? (Wenn Schwierigkeiten einzig auf physische Probleme zurückzuführen sind, z.B. kaputtes Bein, kreuzen Sie „nein“ an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(Gesamtwert ergibt sich aus der Summe aller mit „nein“, „weiss nicht“ oder „unzutreffend“ beantworteten Fragen)**

Summe (von 6 möglichen)

/6

Wert von 0-3:

Hinweis auf kognitive Beeinträchtigung. Führen Sie Standard-Untersuchungen durch.