

a_NEVHI_IIIR_1i
a_NEVHI_IIIR_1i_welche
a_NEVHI_IIIR_1ii
a_NEVHI_IIIR_1ii_welche
a_NEVHI_IIIR_1iii
a_NEVHI_IIIR_1iii_welche
a_NEVHI_IIIR_1iv
a_NEVHI_IIIR_1iv_welche
a_NEVHI_IIIR_2
a_NEVHI_IIIR_2_welche
a_NEVHI_IIIR_3_imletztenMonat_i
a_NEVHI_IIIR_3_imletztenMonat_ii
a_NEVHI_IIIR_3_imletztenMonat_iii
a_NEVHI_IIIR_3_imletztenMonat_iv
a_NEVHI_IIIR_3_imletztenMonat_2
a_NEVHI_IIIR_3_vorMonatbiseinemJahr_i
a_NEVHI_IIIR_3_vorMonatbiseinemJahr_ii
a_NEVHI_IIIR_3_vorMonatbiseinemJahr_iii
a_NEVHI_IIIR_3_vorMonatbiseinemJahr_iv
a_NEVHI_IIIR_3_vorMonatbiseinemJahr_2
a_NEVHI_IIIR_3_vor_ueber_einem_Jahr_i
a_NEVHI_IIIR_3_vor_ueber_einem_Jahr_ii
a_NEVHI_IIIR_3_vor_ueber_einem_Jahr_iii
a_NEVHI_IIIR_3_vor_ueber_einem_Jahr_iv
a_NEVHI_IIIR_3_vor_ueber_einem_Jahr_2
a_NEVHI_IIIR_4_imletztenMonat_i
a_NEVHI_IIIR_4_imletztenMonat_ii
a_NEVHI_IIIR_4_imletztenMonat_iii
a_NEVHI_IIIR_4_imletztenMonat_iv
a_NEVHI_IIIR_4_imletztenMonat_2
a_NEVHI_IIIR_4_vorMonatbiseinemJahr_i
a_NEVHI_IIIR_4_vorMonatbiseinemJahr_ii
a_NEVHI_IIIR_4_vorMonatbiseinemJahr_iii
a_NEVHI_IIIR_4_vorMonatbiseinemJahr_iv
a_NEVHI_IIIR_4_vorMonatbiseinemJahr_2
a_NEVHI_IIIR_4_vor_mehr_als_einem_Jahr_i
a_NEVHI_IIIR_4_vor_mehr_als_einem_Jahr_ii
a_NEVHI_IIIR_4_vor_mehr_als_einem_Jahr_iii
a_NEVHI_IIIR_4_vor_mehr_als_einem_Jahr_iv
a_NEVHI_IIIR_4_vor_mehr_als_einem_Jahr_2
a_NEVHI_IIIR_5_wenigerals1malproWoche_i
a_NEVHI_IIIR_5_wenigerals1malproWoche_ii
a_NEVHI_IIIR_5_wenigerals1malproWoche_iii
a_NEVHI_IIIR_5_wenigerals1malproWoche_iv
a_NEVHI_IIIR_5_wenigerals1malproWoche_2
a_NEVHI_IIIR_5_1bis6malproWoche_i
a_NEVHI_IIIR_5_1bis6malproWoche_ii
a_NEVHI_IIIR_5_1bis6malproWoche_iii
a_NEVHI_IIIR_5_1bis6malproWoche_iv
a_NEVHI_IIIR_5_1bis6malproWoche_2

NEVHI-III

North East Visual Hallucinations Inventory III - Patienten Version

Übersetzung für DeNoPa

1. Bitte erfragen sie visuelle Halluzinationen oder ungewöhnliche visuelle Erfahrungen. Fragen (i - iv) sollen eingesetzt werden, wenn eine positive Antwort von dem Patienten gegeben wurde. Notieren sie soviel wie möglich von dem Patienten (-bericht) in der unteren Box. Wenn Beschreibungen zu Halluzinationen gegeben wurden, bitte erfragen sie Bewegung, Größe, Kontur, 2D/3D and ob das Gesehene real erscheint (is life like). (Wenn Informationen fehlen, ermutigen sie den Patienten das Gesehene detaillierter zu berichten.)

(i) Hatten sie jemals das Gefühl, dass ihre Augen Ihnen einen Streich gespielt haben? Haben sie jemals etwas gesehen (oder Dinge) die andere Menschen nicht sehen konnten? Ja/ ~~Nein~~

(ii) Haben sie jemals ein Objekt oder ein Muster oder etwas anderes gesehen, dass plötzlich erschien oder verschwand? Ja/ ~~Nein~~

(iii) Hatten sie jemals das Gefühl einer Präsenz von jemandem oder etwas, wie ein Schatten in einer Ecke? Ja/ ~~Nein~~

(iv) Hatten sie jemals andere visuelle Erfahrungen? Ja/ ~~Nein~~

2) Haben sie schon einmal Punkte, Blitze, Lichtmuster oder ähnliches gesehen, die nicht da waren? Ja/ ~~Nein~~

Bitte sammeln sie so viele Informationen wie möglich und beantworten sie die Häufigkeitseinschätzungen für jede mit Ja - beantwortete Frage.

Häufigkeitseinschätzungen für die Fragen 1i)-1iv) und 2:

Die Einschätzungen beziehen sich auf folgende Fragen:	i	ii	iii	iv	2
3. Wann begannen Ihre Halluzinationen?					
im letzten Monat					
vor einem Monat bis zu einem Jahr					
vor über einem Jahr					
4. Wann haben Sie zu letzt die Dinge erlebt, über die wir gesprochen haben?					
innerhalb des letzten Monats					
vor einem Monat bis zu einem Jahr					
vor mehr als einem Jahr					
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat Halluzinationen?					
weniger als 1mal pro Woche					
1-6mal pro Woche					
Jeden Tag					

Wenn die Halluzinationen nicht innerhalb des letzten Monats auftraten, dann endet das Interview hier. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf Halluzinationen, welche innerhalb des letzten Monats auftraten. Bitte machen sie kenntlich, auf welche Fragen sich die Einschätzungen beziehen.

Einschätzung bezieht sich auf	i	ii	iii	iv	2
-------------------------------	---	----	-----	----	---

6. Wie lange halten die Halluzinationen gewöhnlich an?

- 1 weniger als 5 Minuten
- 2 5 Minuten bis 2 Stunden
- 3 länger als 2 Stunden

7. Zu welcher Tageszeit treten die Halluzinationen gewöhnlich auf?

- 1 nachts
- 2 tagsüber
- 3 sie können zu allen Tageszeiten auftreten

8. Sind ihre Halluzinationen mit dem Einschlafen oder Aufwachen verbunden?/
Treten ihre Halluzinationen gemeinsam mit dem Einschlafen oder Aufwachen auf?

- 1 nie
- 2 manchmal
- 3 immer

9. Finden sie ihre Halluzinationen irritierend oder frustrierend?

- 0 überhaupt nicht
- 1 etwas
- 2 sehr

10. Finden sie ihre Halluzinationen furchterregend oder erschreckend?

- 0 überhaupt nicht
- 1 etwas
- 2 sehr

11. Sprechen ihre Halluzinationen oder machen Lärm?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

12. Haben ihre Halluzinationen einen eigenartigen Geruch oder Geschmack?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

13. Fühlte es sich jemals so an, als ob ihre Halluzinationen Sie berühren?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

14. Sind sie besorgt, dass sie aufgrund der Halluzinationen ihren Verstand verlieren?

- 0 überhaupt nicht
- 1 etwas
- 2 sehr

15. Haben sie das Gefühl, dass eine enge Beziehung (z.B. zu ihrer Familie) schwierig ist aufgrund ihrer Halluzinationen?

- 0 überhaupt nicht
- 1 etwas
- 2 sehr

16. Haben sie während sie halluzinieren das Gefühl, dass ihre Halluzinationen real sind?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

17. Haben sie ihre Halluzinationen jemals ausagiert/ durchgespielt/ ausgeführt?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

18. Können sie ihre Halluzinationen ignorieren?

- 0 immer
- 1 manchmal
- 2 nie

19. Unterbrechen sie Tätigkeiten aufgrund der Halluzinationen?

- 0 überhaupt nicht
- 1 etwas/ manchmal
- 2 oft

20. Gehen ihre Halluzinationen mit dem Glauben einher, dass das was andere sagen nicht wahr ist?

- 0 nie
- 1 manchmal
- 2 immer

a_NPI_A_Wahnvorstellungen
a_NPI_A_Haeufigkeit
a_NPI_A_Schwere
a_NPI_A_Belastung
a_NPI_B_Halluzinationen
a_NPI_B_Haeufigkeit
a_NPI_B_Schwere
a_NPI_B_Belastung
a_NPI_C_Erregung_Aggression
a_NPI_C_Haeufigkeit
a_NPI_C_Schwere
a_NPI_C_Belastung
a_NPI_D_Depression_Dysphorie
a_NPI_D_Haeufigkeit
a_NPI_D_Schwere
a_NPI_D_Belastung
a_NPI_E_Angst
a_NPI_E_Haeufigkeit
a_NPI_E_Schwere
a_NPI_E_Belastung
a_NPI_F_Hochstimmung_Euphorie
a_NPI_F_Haeufigkeit
a_NPI_F_Schwere
a_NPI_F_Belastung
a_NPI_G_Apathie_Gleichgueltigkeit
a_NPI_G_Haeufigkeit
a_NPI_G_Schwere
a_NPI_G_Belastung
a_NPI_H_Enthemmung
a_NPI_H_Haeufigkeit
a_NPI_H_Schwere
a_NPI_H_Belastung
a_NPI_I_Reizbarkeit_Labilitaet
a_NPI_I_Haeufigkeit
a_NPI_I_Schwere
a_NPI_I_Belastung
a_NPI_J_Abweichendes_motor.Verhalten
a_NPI_J_Haeufigkeit
a_NPI_J_Schwere
a_NPI_J_Belastung
a_NPI_K_Verhalten_in_der_Nacht
a_NPI_K_Haeufigkeit
a_NPI_K_Schwere
a_NPI_K_Belastung
a_NPI_L_Stoerung_Appetit_Essverhalten
a_NPI_L_Haeufigkeit
a_NPI_L_Schwere
a_NPI_L_Belastung

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

A. Wahnvorstellungen

Leitfrage: Glaubt der/die Patient/-in Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht wahr sind? Besteht er/sie z.B. darauf, dass andere Leute versuchen, ihm/ihr Schaden zuzufügen oder ihn/sie zu bestehlen? Hat er/sie gesagt, Familienmitglieder seien nicht die, die sie zu sein vorgeben oder dass das Haus nicht deren Zuhause sei? Ich frage nicht nach bösem Mätrauen; ich bin interessiert daran, ob der/die Patient/-in überzeugt ist, dass ihm/ihr diese Dinge passieren.

☐ Nicht zutreffend

☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite

☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen

	Nein	Ja
1. Glaubt der/die Patient/-in, dass er/sie in Gefahr ist, dass andere planen, ihm/ihr weh zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Glaubt der/die Patient/-in, dass andere ihn/sie bestehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Glaubt der/die Patient/-in, dass ihr/seine Partner/-in eine Affäre hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Glaubt der/die Patient/-in, dass unwillkommene Gäste in seinem/ihrer Haus leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Glaubt der/die Patient/-in, dass ihr/seine Partner/-in oder andere nicht die sind, die sie zu sein vorgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glaubt der/die Patient/-in, dass sein/ihr Haus nicht sein/ihr Zuhause ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glaubt der/die Patient/-in, dass Familienmitglieder planen, ihn/sie zu verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Glaubt der/die Patient/-in, dass Personen aus dem Fernsehen oder aus Zeitschriften tatsächlich bei ihm/ihr Zuhause anwesend sind? (Versucht er/sie, mit ihnen zu reden oder zu interagieren?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Glaubt er/sie irgendwelche ungewöhnlichen Dinge nach denen ich nicht gefragt habe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

☐ Nein

Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Wahnvorstellungen und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
2- manchmal—etwa einmal pro Woche
3- häufig—mehr als pro Woche, aber nicht jeden Tag
4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Wahnvorstellungen sind vorhanden, scheinen aber harmlos und belasten den Patienten nur wenig
2- mäßig—die Wahnvorstellungen sind belastend und störend
3- deutlich—die Wahnvorstellungen sind sehr störend und eine Hauptursache für Verunsicherungen (Falsch Medikamente, die der/die Patient/-in nach seinem Bedarf einnimmt)

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?
0- überhaupt nicht
1- minimal
2- gering
3- mäßig
4- ziemlich
5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

B. Halluzinationen

Leitfrage: Hat der/die Patient/-in optische, akustische oder andere Halluzinationen? Screenshot er/sie Dinge zu sehen, zu hören oder wahrzunehmen, die nicht vorhanden sind? Mit dieser Frage meine ich nicht irtümliche Annahmen wie etwa die Behauptung, dass jemand, der gestorben ist, noch lebt; ich frage eher, ob der/die Patient/-in tatsächlich abnormale Sinnesindrücke akustischer oder visueller Art hat.

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite.
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Schildert der/die Patient/-in, dass er/sie Stimmen hört, oder handelt er/sie, als ob er/sie Stimmen hört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Spricht der/die Patient/-in zu Menschen, die nicht da sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Schildert der/die Patient/-in, dass er/sie Dinge sieht, die nicht von anderen gesehen werden, oder verhält er sich, als ob er/sie Dinge sieht, die nicht von anderen gesehen werden (Menschen, Tiere, Objekte etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bericht der/die Patient/-in über Gerüche, die nicht von anderen gerochen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schildert der/die Patient/-in, dass er/sie Dinge auf seiner/ihrer Haut fühlen, oder scheint er/sie Dinge auf seiner/ihrer Haut zu fühlen, die krabbeln oder ihm/ihr berühren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schildert der/die Patient/-in Geschmackseindrücke, die ohne jeden erkennbaren Grund sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schildert der/die Patient/-in irgendwelche anderen ungewöhnlichen Sinnesindrücke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Halluzinationen und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
 Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
 2- manchmal—etwa einmal pro Woche
 3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Halluzinationen sind vorhanden, aber harmlos und belasten den Patienten nur wenig
 2- mäßig—die Halluzinationen sind belastend und störend für den Patienten
 3- deutlich—die Halluzinationen sind sehr störend und eine Hauptursache für Verhaltensstörungen, Medikation, die der/die Patient/-in nach seinem Bedarf einnimmt, können zur Behandlung erforderlich sein

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten sozial?
 0- überhaupt nicht
 1- minimal
 2- gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

C. Erregung/Aggression

Leitfrage: Gibt es bei dem/der Patient/-in Zeiten, in denen er/sie sich weigert, zu kooperieren oder sich nicht von anderen helfen lassen will? Ist es schwer, mit ihm/ihr umzugehen?

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite.
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Wird der/die Patient/-in während über diejenigen, die versuchen, sich um ihn/ihr zu kümmern oder widersteht er/sie sich Aktivitäten wie Baden oder Kleider wechseln? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Ist der/die Patient/-in eigenständig, will seinen/ihrer Kopf durchsetzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Ist der/die Patient/-in unkooperativ, widersteht er/sie sich der Hilfe anderer? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Zeigt der/die Patient/-in irgendein anderes Verhalten, das es schwierig macht, mit ihm/ihr umzugehen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schreit oder flucht der/die Patient/-in während? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Knallt der/die Patient/-in Türen zu, tritt gegen Möbel oder wirft mit Gegenständen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Versucht der/die Patient/-in andere zu verletzen oder zu schlagen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Zeigt der/die Patient/-in irgendein anderes aggressives oder erregtes Verhalten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein

Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Erregung und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
 2- manchmal—etwa einmal pro Woche
 3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—das Verhalten ist störend, kann aber durch Lenkung und Berührung bewältigt werden
 2- mäßig—das Verhalten ist störend und schwierig zu lenken oder zu kontrollieren
 3- deutlich—die Erregung ist sehr störend und eine Hauptursache von Schwierigkeiten; möglicherweise bedürftet er/sie, dass ihm/ihr von anderen weh getan wird. Medikamente sind häufig erforderlich

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten sozial?
 0- überhaupt nicht
 1- minimal
 2- gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

D. Depression/Dysphorie

Leitfrage: Scheint der/die Patient/-in traurig oder deprimiert zu sein? Sagt er/sie, dass er/sie sich traurig oder deprimiert fühlt?

- ☐ Nicht zutreffend
☐ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☒ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Gibt es Zeiten, in denen der/die Patient/-in weinerlich ist oder schluchzt, die darauf hindeuten scheinen, dass er/sie traurig ist? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Sagt der/die Patient/-in, dass er/sie traurig oder niedergeschlagen ist, oder verhält er/sie sich so? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Macht der/die Patient/-in sich selbst schlecht oder sagt er/sie, dass er/sie sich als Versager/-in fühlt? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Sagt der/die Patient/-in, dass er/sie ein schlechter Mensch ist und verdient, bestraft zu werden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Scheint der/die Patient/-in sehr müdes zu sein und sagt er/sie, dass er/sie keine Zukunft hat? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Sagt der/die Patient/-in, dass er/sie eine Last für die Familie ist, oder dass die Familie ohne ihn/sie besser dran wäre? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Äußert der/die Patient/-in den Wunsch tot zu sein oder spricht er/sie darüber, sich zu töten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche andere Anzeichen von Depression oder Traurigkeit? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Depression und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche

2- manchmal—etwa einmal pro Woche

3- häufig—mehr als einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

4- sehr häufig—täglich oder nahezu ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Depression ist belastend, spricht aber normalerweise auf Lenkung oder Beruhigung an

2- mäßig—die Depression ist belastend und depressive Symptome werden von dem/der Patient/-in spontan geäußert und sind schwer zu lindern

3- deutlich—die Depression ist sehr belastend und Hauptsache für Leid bei dem/der Patient/-in

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

0- überhaupt nicht

1- minimal

2- gering

3- mäßig

4- ziemlich

5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

E. Angst

Leitfrage: Ist der/die Patient/-in ohne ersichtlichen Grund sehr nervös, besorgt oder verängstigt? Scheint er/sie sehr angespannt oder zappelig? Hat der/die Patient/-in Angst davor, ohne Sie zu sein?

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sagt der/die Patient/-in, dass er/sie Angst hat vor geplanten Ereignissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gibt es Zeiten, in denen der/die Patient/-in sich schwach, unfähig sich zu entspannen oder übermäßig angespannt fühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gibt es Zeiten, in denen der/die Patient/-in kurzatmig ist, nach Luft schnappt oder seufzt oder darüber klagt, ohne einen anderen ersichtlichen Grund als Nervosität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Klagt der/die Patient/-in über ein müdiges Gefühl in der Magengegend oder über Herzklopfen oder Herzklappen in Verbindung mit Nervosität (Symptome, die sich nicht durch schlechte Gesundheit erklären lassen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Meidet der/die Patient/-in bestimmte Orte oder Situationen, die ihn/sie nervös machen wie Autofahren, Treffen mit Freunden oder den Aufenthalt in Menschenmengen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wird der/die Patient/-in nervös und aufgeregt, wenn er/sie von ihnen getrennt ist (oder von seiner/ihrer Pflegeperson)? (Klammer er/sie sich an Sie, um eine Trennung zu vermeiden?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Anzeichen von Angst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein

Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Angst und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche

2- manchmal—etwa einmal pro Woche

3- häufig—mehr als einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

4- sehr häufig—täglich oder nahezu ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Angst ist belastend, spricht aber normalerweise auf Lenkung oder Beruhigung an

2- mäßig—die Angst ist belastend, die Symptome der Angst werden von dem/der Patient/-in spontan geäußert und sind schwer zu lindern

3- deutlich—die Angst ist sehr belastend und Hauptsache für Leiden bei dem/der Patient/-in

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

0- überhaupt nicht

1- minimal

2- gering

3- mäßig

4- ziemlich

5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

F. Hochstimmung/Euphorie

Leitfrage: Scheint der/die Patient/-in ohne Grund zu fröhlich oder zu glücklich zu sein? Ich meine damit nicht die normale Freude, die man empfindet, wenn man Freunde sieht, Geschenke bekommt oder Zeit mit Familienmitgliedern verbringt. Ich frage, ob der/die Patient/-in anhaltende und **abnormale gute Laune** hat oder etwas lustig findet, was andere nicht so empfinden.

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Scheint der/die Patient/-in sich zu gut zu fühlen oder zu glücklich zu sein, im Unterschied zu seinem/ihrer normalen Verhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Findet der/die Patient/-in etwas lustig oder lacht er/sie über Dinge, die andere nicht komisch finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Scheint der/die Patient/-in einen kindischen Sinn für Humor zu haben mit einer Tendenz, unangemessen zu kichern oder zu lachen (etwa wenn anderen etwas Unangenehmes zustoßt)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erzählt der/die Patient/-in Witze oder macht er/sie Bemerkungen, die andere wenig lustig finden, ihm/ihr aber komisch erscheinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Spielt er/sie zum Spaß kindische Streiche, wie etwa kneifen oder anderen etwas wegnehmen und damit weglaufen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. "Prahl" der/die Patient/-in oder behauptet er/sie, mehr Fähigkeiten oder Besitz zu haben, als der Wahrheit entspricht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Anzeichen dafür, dass er/sie sich zu gut fühlt oder zu glücklich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Hochstimmung/Euphorie und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
 Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
 2- manchmal—etwa einmal pro Woche
 3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4- sehr häufig—täglich oder nahezu ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Hochstimmung ist für Freude und Familie auffällig aber nicht störend
 2- mäßig—die Hochstimmung ist auffällig abnormal
 3- deutlich—die Hochstimmung ist sehr ausgeprägt; der/die Patient/-in ist euphorisch und findet beinahe alles lustig

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

- 0- überhaupt nicht
 1- minimal
 2- gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

G. Apathie/Gleichgültigkeit

Leitfrage: Hat der/die Patient/-in das Interesse an der Welt um sich herum verloren? Hat er/sie das Interesse daran verloren, etwas zu tun oder fehlt ihm/ihr die Motivation, etwas Neues zu beginnen? Ist es schwerer geworden, hinein in ein Gespräch zu verwickeln oder für die Hausarbeit zu interessieren? Ist der/die Patient/-in apathisch oder gleichgültig?

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Scheint der/die Patient/-in weniger spontan und weniger aktiv als normalerweise? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Ist es weniger wahrscheinlich, dass der/die Patient/-in von sich aus ein Gespräch beginnt? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Ist der/die Patient/-in weniger herzlich oder mangelt es ihm/ihr an Gefühlen verglichen mit seinem/ihrer normalen Verhalten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trägt der/die Patient/-in weniger zur Erledigung der Hausarbeit bei? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Scheint der/die Patient/-in weniger interessiert an Aktivitäten und Planungen anderer? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat der/die Patient/-in das Interesse an Freunden und Familienmitgliedern verloren? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der/die Patient/-in weniger Begeisterung für seine/ihre üblichen Interessen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Anzeichen dafür, dass ihm/ihr nichts daran liegt, etwas Neues zu tun? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Apathie/Gleichgültigkeit und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
 Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
 2- manchmal—etwa einmal pro Woche
 3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4- sehr häufig—täglich oder nahezu ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Apathie ist zufällig, verursacht jedoch wenig Störung in der täglichen Routine; unterscheidet sich nur leicht vom normalen Verhalten des/der Patient/-in, Patient/-in spricht auf Vorschläge an, an Aktivitäten teilzunehmen
 2- mäßig—die Apathie ist sehr offensichtlich, kann von der Pflegeperson durch gut zureichen und Ermüden überwunden werden, reagiert spontan nur auf besondere Ereignisse wie Besuche von nahen Verwandten oder Familienmitgliedern
 3- deutlich—die Apathie ist sehr offensichtlich und spricht normalerweise nicht auf Ermüdung oder äußere Ereignisse an

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

- 0- überhaupt nicht
 1- minimal
 2- gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

H. Enthemmung

Leitfrage: Scheint der/die Patient/-in impulsiv zu handeln, ohne nachzudenken? Tut oder sagt er/sie Dinge, die man normalerweise nicht in der Öffentlichkeit tut oder sagt? Tut er/sie Dinge, die für Sie oder andere peinlich sind?

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Handelt der/die Patient/-in impulsiv, anscheinend ohne die Konsequenzen zu bedenken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Spricht der/die Patient/-in zu völlig Fremden, als ob er/sie sie kennen würde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sagt der/die Patient/-in Dinge zu Menschen, die unsonst sind oder ihre Gefühle verletzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sagt der/die Patient/-in ordinäre Dinge oder macht er/sie sexuelle Anspielungen, die er/sie normalerweise nicht gesagt hätte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Spricht der/die Patient/-in offen über sehr persönliche oder private Dinge, die normalerweise nicht in der Öffentlichkeit diskutiert werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nimmt sich der/die Patient/-in Freiheiten heraus oder berührt oder umarmt andere auf eine Weise, die nicht zu ihm/ihr passt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Anzeichen eines Verlustes an Kontrolle über seine/ihre Impulse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Enthemmung und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche

2- manchmal—etwa einmal pro Woche

3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag

4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—die Enthemmung ist auffällig, spricht aber normalerweise auf Lenkung und Führung an

2- mäßig—die Enthemmung ist sehr offensichtlich und schwer zu überwinden durch die Pflegeperson

3- deutlich—die Enthemmung spricht normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Pflegeperson an und ist eine Ursache für Peinlichkeit oder sozialen Stress

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

0- überhaupt nicht

1- minimal

2- gering

3- mäßig

4- ziemlich

5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

I. Reizbarkeit/Labilität

Leitfrage: Regt sich der/die Patient/-in auf und wird er/sie leicht durcheinandergebracht? Ist er/sie sehr wechselhaft in seinen/ihren Stimmungen? Ist er/sie abnormal ungeduldig? Ich meine hier nicht die Frustration über Gedächtnisverlust oder die Unfähigkeit, die üblichen Aufgaben zu erfüllen. Ich möchte wissen, ob der/die Patient/-in abnormale Reizbarkeit, Ungeduld oder schnelle emotionale Veränderung zeigt, die anders sind als sein/ihr normales Verhalten.

- ☐ Nicht zutreffend
☐ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☒ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Hat der/die Patient/-in schlechte Laune, geht er/sie leicht wegen Kleinigkeiten "an die Decke"? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Wechselt der/die Patient/-in schnell von einer Stimmung in eine andere, ist er/sie in der einen Minute gut aufgelegt und in der nächsten wütend? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Hat der/die Patient/-in plötzliche Wutanfälle? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Ist der/die Patient/-in ungeduldig, hat er/sie Mühe, mit Verzögerungen fertig zu werden oder damit, auf geplante Aktivitäten zu warten? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Ist der/die Patient/-in griesgrämig und reizbar? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Ist der/die Patient/-in streitsüchtig und ist es schwer, mit ihm/ihr auszukommen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Anzeichen von Reizbarkeit? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein

Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Reizbarkeit/Labilität und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.

Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche

2- manchmal—etwa einmal pro Woche

3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag

4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—Reizbarkeit oder Labilität ist auffällig, spricht aber normalerweise auf Lenkung und Beruhigung an

2- mäßig—Reizbarkeit und Labilität sind sehr offensichtlich und durch die Pflegeperson schwer zu überwinden

3- deutlich—Reizbarkeit und Labilität sind sehr offensichtlich, sie sprechen normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Pflegeperson an und sind eine Hauptursache für Belastung

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?

0- überhaupt nicht

1- minimal

2- gering

3- mäßig

4- ziemlich

5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

J. Abweichendes motorisches Verhalten

Leitfrage: Gert der/die Patient/-in auf und ab, macht er/sie Dinge wieder und wieder, wie etwa Schränke und Schubladen zu öffnen oder wiederholt an Dingen zu zuplen oder Schnur oder Fäden aufzuwickeln?

- ☐ Nicht zutreffend
☒ Nein, gehen sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite.
☐ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen

- | | Nein | Ja |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Gert der/die Patient/-in ohne ersichtliches Ziel im Haus auf und ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stöbert der/die Patient/-in herum, öffnet Schubladen oder Schränke und räumt sie aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zieht der/die Patient/-in wiederholt Kleidung an und aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat der/die Patient/-in sich wiederholende Aktivitäten oder "Gewohnheiten", die er/sie wieder und wieder ausführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Beschäftigt sich der/die Patient/-in mit sich wiederholenden Aktivitäten wie an Knöpfen zu spielen, zu zupfen, Schnur aufzuwickeln etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Zappelt der/die Patient/-in übermäßig, scheint er/sie unfähig zu sein, stillzusitzen, wippt mit seinen/ihren Füßen oder kloppt viel mit seinen/ihren Fingern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wiederholt der/die Patient/-in irgendwelche anderen Aktivitäten wieder und wieder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfragen bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere des abweichenden motorischen Verhaltens und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
 Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1. selten—weniger als einmal pro Woche
 2. manchmal—etwa einmal pro Woche
 3. häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4. sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1. leicht—abweichendes motorisches Verhalten ist auffällig, verursacht jedoch wenig Störung in der täglichen Routine
 2. mäßig—abweichendes motorisches Verhalten ist sehr offensichtlich, kann von der Pflegeperson korrigiert werden
 3. deutlich—abweichendes motorisches Verhalten ist sehr offensichtlich, es spricht normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Pflegeperson an und ist eine Hauptursache für Belastung

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?
 0 überhaupt nicht
 1 minimal
 2 gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

K. Verhalten in der Nacht

Leitfrage: Hat der/die Patient/-in Schwierigkeiten zu schlafen (hierzu zählt nicht, wenn der/die Patient/-in lediglich ein- oder zweimal pro Nacht aufsteht, um zur Toilette zu gehen und danach sofort wieder einschläft)?

Ist er/sie nachts auf? Wandert er/sie nachts umher, zieht sich an oder stört Sie beim Schlafen?

- ☐ Nicht zutreffend
☐ Nein, gehen Sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☒ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Hat der/die Patient/-in Schwierigkeiten, einzuschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Steht der/die Patient/-in in der Nacht auf (hierzu zählt nicht, wenn der/die Patient/-in lediglich ein- oder zweimal pro Nacht aufsteht, um zur Toilette zu gehen und danach sofort wieder einschläft)? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Wandert der/die Patient/-in nachts umher, geht auf und ab, oder geht er/sie nachts unangemessenen Tätigkeiten nach? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Weckt Sie der/die Patient/-in in der Nacht? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Wacht der/die Patient/-in in der Nacht auf, zieht sich an und plant er/sie, aus dem Haus zu gehen, weil er/sie denkt, es sei morgens und Zeit, den Tag zu beginnen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wacht der/die Patient/-in morgens zu früh auf (früher, als es sonst seine/ihre Gewohnheit war)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schläft der/die Patient/-in tagsüber übermäßig viel? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Zeigt der/die Patient/-in andere Arten von Verhalten in der Nacht, das Sie stört und über das wir noch nicht geredet haben? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfrage bestätigt?

- ☐ Nein
 Wenn Ja, bestimmen Sie die Häufigkeit und Schwere der nächtlichen Verhaltensstörung und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
 Bitte beachten Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1. selten—weniger als einmal pro Woche
 2. manchmal—etwa einmal pro Woche
 3. häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
 4. sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden (jede Nacht)

Schwere: 1. leicht—nächtliche Verhaltensstörungen treten auf, sind aber nicht besonders störend
 2. mäßig—nächtliche Verhaltensstörungen treten auf und stören den Schlaf der/die Patient/-in und den Schlaf der Pflegeperson, es kann mehr als eine Art von nächtlicher Verhaltensstörung auftreten
 3. deutlich—nächtliche Verhaltensstörungen treten auf, verschiedene Arten von nächtlicher Verhaltensstörung können auftreten, es ist in der Nacht sehr belastend für den/die Patient/-in, der Schlaf der Pflegeperson ist deutlich gestört

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?
 0 überhaupt nicht
 1- minimal
 2- gering
 3- mäßig
 4- ziemlich
 5- sehr

(schreift auf der Toilette, wobei ich nicht feststeht!)

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

L. Störungen des Appetits und des Essverhaltens

Leitfrage: Haben sich Appetit, Gewicht oder Essgewohnheiten des/der Patienten/-in in irgendeiner Weise verändert (wird als 'Nicht zureifend' gewertet wenn der/die Patient/-in behindert ist und gelutet werden muss)? Gab es Veränderungen in dem, was er/sie gerne isst?

☐ Nicht zureifend
☐ Nein, gehen Sie bitte zur nächsten Leitfrage auf der folgenden Seite
☒ Wenn Ja, bitte Unterfragen stellen.

- | | Nein | Ja |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Hatte er/sie weniger Appetit? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Hatte er/sie mehr Appetit? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat er/sie abgenommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat er/sie zugenommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat sich sein/ihr Essverhalten verändert, nimmt er/sie z.B. zuviel Essen auf einmal in den Mund? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gab es Veränderungen in dem, was er/sie gerne isst, isst er/sie z.B. zu viele Süßigkeiten oder andere bestimmte Nahrungsmittel? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat er/sie ein bestimmtes Essverhalten entwickelt, isst er/sie z.B. jeden Tag genau das gleiche oder in genau derselben Reihenfolge? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gab es andere Veränderungen in Appetit oder Essverhalten, nach denen ich nicht gefragt habe? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Antwort auf die Leitfrage durch die Antworten auf die Unterfrage bestätigt?

☒ Nein
Wenn Ja, bestimmen Sie die Häufigkeit und Schwere der Appetit- und Essstörungen und bewerten Sie die Belastung der Pflegeperson auf dem NPI-Bewertungsbogen im CRF.
Bitte beachten: Sie dabei die nachfolgenden Definitionen von Häufigkeit, Schwere und Belastung.

Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche
2- manchmal—etwa einmal pro Woche
3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden

Schwere: 1- leicht—Veränderungen im Appetit oder beim Essverhalten sind vorhanden, haben aber nicht zu Gewichtsveränderungen geführt und sind nicht störend
2- mäßig—Veränderungen im Appetit oder beim Essverhalten sind vorhanden und führen zu leichten Gewichtsschwankungen
3- deutlich—deutliche Veränderungen im Appetit oder beim Essverhalten sind vorhanden und führen zu Gewichtsschwankungen, sind für den/die Patienten/-in peinlich oder anderweitig störend

Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch?
0- überhaupt nicht
1- minimal
2- gering
3- mäßig
4- ziemlich
5- sehr

English NPI-card	German NPI-card
Scoring the NPI	NPI Antwortskalen
Frequency is rated as: 1-occasionally—less than once per week 2-often—about once per week 3-frequently—several times per week but less than every day 4-very frequently—daily or essentially continuously present	Häufigkeit: 1- selten—weniger als einmal pro Woche 2- manchmal—etwa einmal pro Woche 3- häufig—mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag 4- sehr häufig—täglich oder beinahe ständig vorhanden
Severity is rated as: 1-mild—produce little distress in the patient 2-moderate—more disturbing to the patient but can be redirected by the caregiver 3-severe—very disturbing to the patient and difficult to redirect	Schwere: 1- leicht—nur wenig belastend für den Patienten/die Patientin 2- mäßig—störender für den Patienten/die Patientin, läßt sich von der Pflegeperson aber noch lenken 3- deutlich—sehr störend für den Patienten/die Patientin, Lenkung ist sehr schwer
Distress is rated as: How emotionally distressing do you find this behaviour? 0-not at all 1-minimally 2-mildly 3-moderately 4-severely 5-very severely or extremely	Belastung: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten seelisch? 0- überhaupt nicht 1- minimal 2- gering 3- mäßig 4- ziemlich 5- sehr

a_MARDS_1
a_MARDS_2
a_MARDS_3
a_MARDS_4
a_MARDS_5
a_MARDS_6
a_MARDS_7
a_MARDS_8
a_MARDS_9
a_MARDS_10
a_MARDS_sum

MADRS

DKP 121

Montgomery Asberg Depression Scale

Anleitung

Die Bewertung sollte nach einem Interview durchgeführt werden, das von mehr allgemeinen Fragen ausgeht und zu detaillierten Symptomen führt, um eine genaue Bewertung des Schweregrades zu erreichen. Der Untersucher muss sich entscheiden, ob seine Beurteilung mit der genauen Beschreibung der Stufen 0, 2, 4, 6 übereinstimmt oder dazwischen liegt (1, 3, 5). Depressive Patienten, die nicht nach den folgenden 10 Items beurteilt werden können, sind extrem selten! Wenn vom Patienten selbst keine genauen Antworten zu erhalten sind, sollte sich die Beurteilung auf alle relevanten Anhaltspunkte und Informationen aus anderen Quellen in Übereinstimmung mit der üblichen klinischen Erfahrung stützen.

1. Sichtbare Traurigkeit

Dieses Item beinhaltet die sich in Sprache, Mimik und Haltung ausdrückende Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Verzweiflung.

- ☐ 0 Keine Traurigkeit.
- ☐ 1
- ☐ 2 Sieht niedergeschlagen aus, ist aber ohne Schwierigkeiten aufzuheitern.
- ☐ 3
- ☒ 4 Wirkt die meiste Zeit über traurig und unglücklich.
- ☐ 5
- ☐ 6 Sieht die ganze Zeit über traurig und unglücklich aus. Extreme Niedergeschlagenheit.

3. Innere Spannung

Beinhaltet sowohl ein schwerdefinierbares Gefühl von Missbehagen als auch Gereiztheit, Unruhe, innere Erregung bis hin zu Angst und Panik. Bewerten Sie nach Stärke, Häufigkeit, Dauer und dem Ausmaß, in dem Beruhigung gesucht wird.

- ☒ 0 Leicht. Nur vorübergehende innere Spannung.
- ☐ 1
- ☐ 2 Gelegentlich Gefühl von Missbehagen und Gereiztheit.
- ☐ 3
- ☐ 4 Anhaltendes Gefühl innerer Spannung oder Erregung. Kurzzeitige Panikanfälle, die der Patient nur mit Mühe beherrscht.
- ☐ 5
- ☐ 6 Nicht beherrschbare Angst oder Erregung. Überwältigende Panik.

2. Berichtete Traurigkeit

Beinhaltet die vom Patienten berichtete traurige Stimmung, gleichgültig ob sich diese sichtbar ausdrückt oder nicht, einschließlich Entmutigung, Niedergeschlagenheit, dem Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Bewerten Sie nach Stärke, Dauer und dem Ausmaß der Stimmungsbeeinflussbarkeit durch äußere Ereignisse.

- ☐ 0 Vorübergehende Traurigkeit je nach den Umständen.
- ☐ 1
- ☐ 2 Traurig oder mutlos, jedoch ohne Schwierigkeiten aufzuheitern.
- ☒ 3
- ☒ 4 Intensives Gefühl der Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Die Stimmung ist jedoch immer noch durch äußere Umstände beeinflussbar.
- ☐ 5
- ☐ 6 Andauernde oder unveränderliche Traurigkeit, Mutlosigkeit oder Hoffnungslosigkeit.

4. Schlaflosigkeit

Beinhaltet die subjektive Erfahrung verminderter Schlafdauer oder -tiefe, verglichen mit dem vorher normalen Schlafverhalten.

- ☒ 0 Schläft wie gewöhnlich.
- ☐ 1
- ☐ 2 Leichte Schwierigkeiten einzuschlafen. Oberflächlicher, unruhiger Schlaf. Geringfügig verkürzte Schlafdauer.
- ☐ 3
- ☐ 4 Schlaf mindestens 2 Stunden verkürzt oder unterbrochen.
- ☐ 5
- ☐ 6 Weniger als 2 bis 3 Stunden Schlaf.

MADRS

Montgomery Asberg Depression Scale

5. Appetitverlust

Beinhaltet das Gefühl der Abnahme des Appetits, verglichen mit dem vorherigen normalen Zustand. Bewerten Sie nach Stärke des Appetitverlusts oder dem zum Essen benötigten Zwang.

- ☐ 0 Normaler oder verstärkter Appetit.
- ☐ 1
- ☐ 2 Geringfügige Appetitminderung.
- ☒ 3
- ☐ 4 Kein Appetit. Nahrung wie ohne Geschmack.
- ☐ 5
- ☐ 6 Nur mit Überredung zum Essen zu bewegen.

6. Konzentrationsschwierigkeiten

Beinhaltet Schwierigkeiten der Konzentration, angefangen vom einfachen Sammeln der eigenen Gedanken bis zum völligen Verlust der Konzentrationsfähigkeit. Bewerten Sie nach Stärke, Häufigkeit und Ausmaß der Unfähigkeit zur Konzentration.

- ☐ 0 Keine Konzentrationsschwierigkeiten.
- ☒ 1
- ☒ 2 Gelegentliche Schwierigkeiten die eigenen Gedanken zu sammeln.
- ☐ 3
- ☐ 4 Schwierigkeiten sich zu konzentrieren und einen Gedanken festzuhalten.
- ☐ 5
- ☐ 6 Nicht in der Lage ohne Schwierigkeiten zu lesen oder ein Gespräch zu führen.

7. Untätigkeit

Beinhaltet Schwierigkeiten „In Schwung zu kommen“ oder Verlangsamung bei Beginn oder Durchführung der täglichen Arbeiten.

- ☐ 0 Nahezu keine Schwierigkeiten „In Schwung zu kommen“. Keine Trägheit.
- ☐ 1
- ☒ 2 Schwierigkeiten, aktiv zu werden.
- ☐ 3
- ☐ 4 Schwierigkeiten einfache Routinetätigkeiten in Angriff zu nehmen, Ausführung nur mit Mühe.
- ☐ 5
- ☐ 6 Vollständige Untätigkeit. Unfähig ohne Hilfe etwas zu tun.

8. Gefühllosigkeit

Beinhaltet das subjektive Ernpfinden des verminderten Interesses für die Umgebung oder Aktivitäten, die vorher Freude bereiteten.

- ☒ 0 Normales Interesse für Umgebung oder für andere Menschen.
- ☐ 1
- ☐ 2 Vermindertes Interesse für Aktivitäten, die vorher Freude bereiteten.
- ☐ 3
- ☐ 4 Verlust des Interesses für die Umgebung. Verlust der Gefühle für Freunde und Angehörige.
- ☐ 5
- ☐ 6 Die Erfahrung der Gefühllosigkeit. Unfähig Ärger, Trauer oder Freude zu empfinden. Vollständiger oder schmerzhaft empfundener Verlust des Gefühls für nahe Verwandte und Freunde.

9. Pessimistische Gedanken

Beinhaltet Schuldgefühle, Minderwertigkeitsgefühle. Selbstvorwürfe, Versündigungsideen. Reuegefühle und Verarmungsideen.

- ☒ 0 Keine pessimistischen Gedanken.
- ☐ 1
- ☐ 2 Zeitweise Gedanken „versagt zu haben“, Selbstvorwürfe und Selbsterniedrigungen.
- ☐ 3
- ☐ 4 Beständige Selbstanklagen. Eindeutige, aber logisch noch haltbare Schuld- und Versündigungsideen. Zunehmend pessimistisch in bezug auf die Zukunft.
- ☐ 5
- ☐ 6 Verarmungswahn. Reuegefühl nicht wiedergutmachende Sünden und Schuld. Selbstanklagen, die logisch absurd, jedoch unkorrigierbar sind.

10. Selbstmordgedanken

Beinhaltet das Gefühl, das Leben sei nicht mehr lebenswert. der natürliche Tod sei eine Erlösung, Selbstmordgedanken und Vorbereitung zum Selbstmord. Selbstmordversuche sollten die Bewertung nicht direkt beeinflussen.

- ☒ 0 Freude am Leben oder die Ansicht, dass man im Leben die Dinge nehmen muss, wie sie kommen.
- ☐ 1
- ☐ 2 Lebensmüde. Nur zeitweise Selbstmordgedanken.
- ☐ 3
- ☐ 4 Lieber tot. Selbstmordgedanken sind häufig. Selbstmord wird als möglicher Ausweg angesehen, jedoch keine genauen Pläne oder Absichten.
- ☐ 5
- ☐ 6 Deutliche Selbstmordpläne und -absichten. falls sich eine Gelegenheit bietet. Aktive Vorbereitung zum Selbstmord.

Gesamtwert

13

43

a_AESD_I_1_Eingabe
a_AESD_I_2_Eingabe
a_AESD_I_3_Eingabe
a_AESD_I_4_Eingabe
a_AESD_I_5_Eingabe
a_AESD_I_6_Eingabe
a_AESD_I_7_Eingabe
a_AESD_I_8_Eingabe
a_AESD_I_9_Eingabe
a_AESD_I_10_Eingabe
a_AESD_I_11_Eingabe
a_AESD_I_12_Eingabe
a_AESD_I_13_Eingabe
a_AESD_I_14_Eingabe
a_AESD_I_15_Eingabe
a_AESD_I_16_Eingabe
a_AESD_I_17_Eingabe
a_AESD_I_18_Eingabe
VAR00081
a_AESD_I_1
a_AESD_I_2
a_AESD_I_3
a_AESD_I_4
a_AESD_I_5
a_AESD_I_6
a_AESD_I_7
a_AESD_I_8
a_AESD_I_9
a_AESD_I_10
a_AESD_I_11
a_AESD_I_12
a_AESD_I_13
a_AESD_I_14
a_AESD_I_15
a_AESD_I_16
a_AESD_I_17
a_AESD_I_18
a_AESD_I_sum
a_AESD_I_mean

not relevant

not done:

DKP001 - DKP043

DKK002 - DKK022

Name, Vorname (Patient): _____

Code-Nummer: _____ Datum: 17.05.11.

Name, Vorname (Angehöriger): _____

☐ Ehepartner ☐ Geschwister ☐ Eltern ☒ anderes: Tochter

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die die Gedanken, Gefühle und das Verhalten ihres Angehörigen in den letzten vier Wochen am besten beschreibt. Bitte lassen Sie dabei keine Frage aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Er/sie interessiert sich für Dinge.

- ☐ trifft gar nicht zu ☒ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

2. Er/sie erledigt Dinge während des Tages.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

3. Es ist ihm/ihr wichtig, Dinge selbst zu beginnen.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

4. Er/sie ist daran interessiert, neue Erfahrungen zu machen.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

5. Er/sie ist am Lernen neuer Dinge interessiert.

- ☒ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

6. Er/sie gibt sich bei allem wenig Mühe.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

7. Er/sie begegnet dem Leben mit Vitalität.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

8. Eine Tätigkeit bis zum Ende durchzuhalten ist ihm/ihr wichtig.

- ☐ trifft gar nicht zu ☒ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

9. Er/sie verbringt Zeit damit Dinge zu tun, die ihn/sie interessieren.

- ☐ trifft gar nicht zu ☒ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

10. Jemand muss ihm/ihr sagen, was er/sie täglich tun soll.

- ☐ trifft gar nicht zu ☒ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

11. Er/sie ist weniger besorgt über seine/ihre Probleme als er/sie sein sollte.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

12. Er/sie hat Freunde.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

13. Das Zusammenkommen mit Freunden ist ihm/ihr wichtig.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

14. Wenn etwas Gutes passiert, ist er/sie begeistert.

- ☐ trifft gar nicht zu ☒ trifft ziemlich zu
☐ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

15. Er/sie hat ein genaues Verständnis seiner/ihrer Probleme.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

16. Während des Tages Dinge zu erledigen ist ihm/ihr wichtig.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

17. Er/sie hat Eigeninitiative.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

18. Er/sie hat Motivation.

- ☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft ziemlich zu
☒ trifft etwas zu ☐ trifft sehr zu

[illegible]

PDSS – Rating Scale / Fragebogen zum Schlaf bei Parkinson

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der folgenden Beschwerden, so wie Sie sie in der vergangenen Woche (die letzten 7 Tage) erlebt haben. Machen Sie bitte ein Kreuz in das zutreffende Antwortfeld.

- ☒ sehr oft (das bedeutet 6 - 7 Tage die Woche)
 - ☐ oft (das bedeutet 4 - 5 Tage die Woche)
 - ☐ manchmal (das bedeutet 2 - 3 Tage die Woche)
 - ☐ selten (das bedeutet 1 Tag die Woche)
 - ☐ Niemals
-

1) Haben Sie während der letzten Woche insgesamt gut geschlafen?

- ☒ 0 sehr oft ☐ 1 oft ☐ 2 manchmal ☐ 3 selten ☐ 4 niemals

2) Fiel es Ihnen schwer, nachts einzuschlafen ?

- ☒ 4 sehr oft ☐ 3 oft ☐ 2 manchmal ☐ 1 selten ☐ 0 niemals

3) Fiel es Ihnen schwer, durchzuschlafen?

- ☒ 4 sehr oft ☐ 3 oft ☐ 2 manchmal ☐ 1 selten ☐ 0 niemals

4) Sind Sie wegen Unruhe in Beinen oder Armen nachts aufgewacht?

- ☒ 4 sehr oft ☐ 3 oft ☐ 2 manchmal ☐ 1 selten ☐ 0 niemals

5) War ihr Schlaf gestört durch einen Drang, Ihre Beine oder Arme bewegen zu müssen?

- ☒ 4 sehr oft ☐ 3 oft ☐ 2 manchmal ☐ 1 selten ☐ 0 niemals

6) Haben Sie nachts unter quälenden Träumen gelitten?

- ☒ 4 sehr oft ☐ 3 oft ☐ 2 manchmal ☐ 1 selten ☐ 0 niemals

7) Haben Sie nachts unter quälenden Sinnestäuschungen gelitten (Sie haben Dinge gesehen oder gehört, von denen Ihnen gesagt wurde, dass es sie nicht gibt)?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

8) Sind Sie nachts aufgestanden, weil sie zur Toilette mussten?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

9) Haben Sie sich in der Nacht unwohl gefühlt, weil sie unbeweglich waren und sich deshalb nicht im Bett umdrehen oder bewegen konnten?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

10) Haben Sie Schmerzen in Ihren Armen oder Beinen gespürt, von denen Sie nachts aufgewacht sind?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

11) Hatten Sie nachts Muskelkrämpfe im Schlaf in Ihren Armen oder Beinen, von denen Sie aufgewacht sind?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

12) Sind Sie früh am Morgen aufgewacht, weil die Körperlage Ihrer Arme und Beine Schmerzen verursacht hat?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

13) Hatten Sie Zittern (Tremor) beim Aufwachen?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

14) Fühlten Sie sich müde und schläfrig nach dem Aufwachen am Morgen?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

15) Sind Sie nachts aufgewacht, weil Sie geschnarcht haben oder Probleme beim Atmen hatten?

☐4 sehr oft ☐3 oft ☐2 manchmal ☐1 selten ☐0 niemals

a_MOS_Sleep_1
a_MOS_Sleep_2
a_MOS_Sleep_3
a_MOS_Sleep_4
a_MOS_Sleep_5
a_MOS_Sleep_6
a_MOS_Sleep_7
a_MOS_Sleep_8
a_MOS_Sleep_9
a_MOS_Sleep_10
a_MOS_Sleep_11
a_MOS_Sleep_12

Paracelsus-Elena-Klinik · Klinikstraße 16 · 34129 Kassel

SCHLAFLABOR

Protocol	Patient Number	Patient Initials	Baseline
01468/199	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

MOS - SLEEP

1. Wie lange dauerte es in den vergangenen 4 Wochen für gewöhnlich, bis Sie einschlafen konnten? (Machen Sie einen Kreis um eine Zahl zwischen 1 und 5)

0-15 Minuten	1
16-30 Minuten	2
31-45 Minuten	3
46-60 Minuten	4
Mehr als 60 Minuten	5

2. Wieviele Stunden haben Sie im Durchschnitt in den vergangenen 4 Wochen pro Nacht geschlafen?

Tragen Sie die Anzahl der Stunden pro Nacht ein:

Wie oft in den vergangenen 4 Wochen ... (Machen Sie in jeder Zeile einen Kreis um eine Zahl)

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
3. hatten Sie das Gefühl, daß Sie nicht ruhig geschlafen haben (haben Sie sich im Schlaf unruhig bewegt, sich angespannt gefühlt, gesprochen, usw.)?	1	2	3	4	5	6
4. hatten Sie genügend Schlaf, um morgens ausgeruht aufzuwachen?	1	2	3	4	5	6
erwachten Sie kurzatmig oder mit Kopfschmerzen?	1	2	3	4	5	6
6. hatten Sie tagsüber das Bedürfnis zu schlafen oder fühlten Sie sich schläfrig?	1	2	3	4	5	6
7. hatten Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen?	1	2	3	4	5	6
8. sind Sie während Ihres Schlafes aufgewacht und hatten Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen?	1	2	3	4	5	6
9. hatten Sie Mühe, tagsüber wachzubleiben?	1	2	3	4	5	6
10. haben Sie beim Schlafen geschnarcht?	1	2	3	4	5	6
11. haben Sie tagsüber mehrere Nickerchen gemacht (5 Minuten oder länger)?	1	2	3	4	5	6
12. haben Sie soviel Schlaf gehabt, wie Sie brauchten?	1	2	3	4	5	6

Copyright © 2001 Health Assessment Lab

a_ESS_1
a_ESS_2
a_ESS_3
a_ESS_4
a_ESS_5
a_ESS_6
a_ESS_7
a_ESS_8
a_ESS_sum
a_ESS_mean

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken
 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③
Bitte nicht ausfüllen	
Summe	

a_RBD_SQ_1
a_RBD_SQ_2
a_RBD_SQ_3
a_RBD_SQ_4
a_RBD_SQ_5
a_RBD_SQ_6.1
a_RBD_SQ_6.2
a_RBD_SQ_6.3
a_RBD_SQ_6.4
a_RBD_SQ_7
a_RBD_SQ_8
a_RBD_SQ_9
a_RBD_SQ_10
a_RBD_SQ_sum
a_RBD_SQ_mean

RBD Screening Questionnaire

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort zu jeder Frage an.

		ja	nein
1.	Ich habe teilweise sehr lebhafte Träume.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Meine Träume haben des öfteren aggressiven oder aktionsgeladenen Inhalt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Traum inhalte stimmen meist mit meinem nächtlichen Verhalten überein.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Mir ist bekannt, dass ich meine Arme oder Beine im Schlaf bewege.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Es ist dabei vorgekommen, dass ich meinen Partner oder mich selbst (beinahe) verletzt habe.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bei mir treten oder traten während des Träumens folgende Erscheinungen auf:		
6.1	laut Sprechen, Schreien, Schimpfen, Lachen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	plötzliche Bewegungen der Gliedmaßen, „Kämpfen“	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Gesten, Bewegungsabläufe, die im Schlaf sinnlos sind wie z.B. winken, salutieren, Mücken verscheuchen, Stürze aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.4	um das Bett herum umgefallene Gegenstände wie z.B. Nachttischlampe, Buch, Brille	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Es kommt vor, dass ich durch meine eigenen Bewegungen wach werde.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Nach dem Erwachen kann ich mich an den Inhalt meiner Träume meist gut erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Mein Schlaf ist häufiger gestört.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Bei mir liegt/lag eine Erkrankung des Nervensystems vor (z.B. Schlaganfall, Gehirnerschütterung, Parkinson, RLS, Narkolepsie, Depression, Epilepsie, entzündliche Erkrankung des Gehirns), welche?		

a_IRLS_1
a_IRLS_2
a_IRLS_3
a_IRLS_4
a_IRLS_5
a_IRLS_6
a_IRLS_7
a_IRLS_8
a_IRLS_9
a_IRLS_10
a_IRLS_sum
a_IRLS_mean

Restless legs Syndrom

Beurteilungs-Skala der Internationalen RLS-Studiengruppe

Bitte lassen Sie den Patienten/die Patientin in den folgenden zehn Fragen den Schweregrad seiner/ihrer Beschwerden einschätzen. Die Beurteilung sollte der Patient/die Patientin vornehmen und nicht der Untersucher, aber der Untersucher sollte für Erklärungen zur Verfügung stehen, falls dem Patienten/der Patientin etwas unklar ist. Der Untersucher kreuzt die Antworten des Patienten/der Patientin auf dem Fragebogen an.

In der letzten Woche ...

1. Wie stark würden Sie im Großen und Ganzen die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen einschätzen?

☐ 4 sehr ☐ 3 ziemlich ☒ 2 mäßig ☐ 1 leicht ☐ 0 nicht vorhanden

2. Wie stark würden Sie im Großen und Ganzen Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?

☐ 4 sehr ☐ 3 ziemlich ☒ 2 mäßig ☐ 1 leicht ☐ 0 nicht vorhanden

3. Wie sehr wurden Ihre RLS-Beschwerden in Armen oder Beinen im Großen und Ganzen durch Bewegung gelindert?

☐ 4 überhaupt nicht ☒ 3 ein wenig ☐ 2 mäßig ☐ 1 vollständig oder fast vollständig ☐ 0 Es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden.

4. Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre RLS-Beschwerden gestört?

☐ 4 sehr ☐ 3 ziemlich ☒ 2 mäßig ☐ 1 leicht ☐ 0 überhaupt nicht

5. Wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?

☐ 4 sehr ☐ 3 ziemlich ☒ 2 mäßig ☐ 1 ein wenig ☐ 0 überhaupt nicht

Restless legs Syndrom

Beurteilungs-Skala der Internationalen RLS-Studiengruppe

6. Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?☐ ₄ sehr ☐ ₃ ziemlich ☒ ₂ mäßig ☐ ₁ leicht ☐ ₀ nicht vorhanden7. Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

<input checked="" type="checkbox"/> ₄ sehr oft (das heißt: an 6 bis 7 Tagen in der letzten Woche)	<input type="checkbox"/> ₃ oft (das heißt: an 4 bis 5 Tagen in der letzten Woche)	<input type="checkbox"/> ₂ manchmal (das heißt: an 2 bis 3 Tagen in der letzten Woche)	<input type="checkbox"/> ₁ von Zeit zu Zeit (das heißt: an einem Tag in der letzten Woche)	<input type="checkbox"/> ₀ selten (das heißt: Sie hatten in der letzten Woche an weniger als ei- nem Tag RLS- Beschwerden)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?

<input type="checkbox"/> ₄ sehr (das heißt: an 8 Stunden oder mehr an einem 24-Stundentag)	<input type="checkbox"/> ₃ ziemlich (das heißt: an 3 bis 8 Stunden an einem 24- Stundentag)	<input checked="" type="checkbox"/> ₂ mäßig (das heißt: an 1 bis 3 Stunden an einem 24- Stundentag)	<input type="checkbox"/> ₁ leicht (das heißt: an weniger als 1 Stunde an einem 24- Stundentag)	<input type="checkbox"/> ₀ nicht vorhanden
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

9. Wie sehr haben sich im Großen und Ganzen Ihre RLS – Beschwerden auf Ihre Fähigkeit ausge-
wirkt, Ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen, z. B. ein zufriedenstellendes Familien-, Privat-,
Schul- oder Arbeitsleben zu führen?☐ ₄ sehr ☐ ₃ ziemlich ☒ ₂ mäßig ☐ ₁ leicht ☐ ₀ überhaupt nicht10. Wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z.B. wütend,
niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?☐ ₄ sehr ☐ ₃ ziemlich ☒ ₂ mäßig ☐ ₁ leicht ☐ ₀ überhaupt nicht

a_PSQI_1_uebliche_Uhrzeit_des_Zubettgehens
a_PSQI_2_uebliche_Einschlafszeit_in_Minuten
a_PSQI_3_uebliche_Zeit_des_Aufstehens
a_PSQI_4_uebliche_Schlafenszeit_in_Stunden
a_PSQI_5a
a_PSQI_5b
a_PSQI_5c
a_PSQI_5d
a_PSQI_5e
a_PSQI_5f
a_PSQI_5g
a_PSQI_5h
a_PSQI_5i
a_PSQI_5j_andere_Gruende
a_PSQI_5j
a_PSQI_6
a_PSQI_7
a_PSQI_8
a_PSQI_9
a_PSQI_10
a_PSQI_10a
a_PSQI_10b
a_PSQI_10c
a_PSQI_10d
a_PSQI_10e_andere_Formen_von_Unruhe

only for
control persons
- DKK1

not available:

DKK002 - DKK043

Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

1

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit: **2200**

2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten: **30 Minuten**

3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit: **600**

4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?
(Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

5-6 Std

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

- a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☒ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

- b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☒ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

- c) ... weil Sie aufstehen mußten, um zur Toilette zu gehen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☐ Weniger als einmal pro Woche
☒ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

e) ... weil Sie husten mußten oder laut geschnarcht haben?

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

f) ... weil Ihnen zu kalt war?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☒ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

g) ... weil Ihnen zu warm war?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☒ Dreimal oder häufiger pro Woche

h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

i) ... weil Sie Schmerzen hatten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☒ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

j) ... aus anderen Gründen?

Bitte beschreiben:

Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☒ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

- ☐ Sehr gut
- ☒ Ziemlich gut
- ☐ Ziemlich schlecht
- ☐ Sehr schlecht

7. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☐ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

8. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☒ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

9. Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?

- ☐ Keine Probleme
☐ Kaum Probleme
☒ Etwas Probleme
☐ Große Probleme

10. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?

- ☐ Ja
☒ Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer
☐ Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett
☐ Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, fragen Sie sie/ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen folgendes bemerkt hat.

a) Lautes Schnarchen

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☐ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

b) Lange Atempausen während des Schlafes

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☐ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
☐ Weniger als einmal pro Woche
☐ Einmal oder zweimal pro Woche
☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes

- ☒ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes

Bitte beschreiben:

Machen Sie bitte noch folgende Angaben zu Ihrer Person:

Alter: 54 Jahre

Körpergröße: 165cm Gewicht: 65

Geschlecht: ☒ weiblich
☐ männlich

Beruf: Reinigungskraft
☐ Rentner(in)
☐ selbständig
☐ Angestellte(r)
☒ Arbeiter(in)
☐ arbeitslos/ Hausfrau(mann)

a_night_Bemerkungen
a_night_Diagnosen
a_night_RBD
a_night_RBE
a_night_relevant_RWA
a_night_relevant_RBD
a_night_relevant_RBD_Typ_Total_score
a_night_relevant_RWA_prozent_Kinn
a_night_relevant_RWA_prozent_FDS
a_night_relevant_RWA_prozent_gesamt
a_night_relevant_SDB
a_night1_RWA_prozent_gesamt → not relevant
a_night1_Medikamente
a_night1_sleep_latency
a_night1_REM_latency
a_night1_sleep_efficiency
a_night1_total_awakenings
a_night1_AHI
a_night1_MinimumOSat
a_night1_PLM_all_index
a_night1_PLMS_index
a_night1_PLMW_index
a_night1_sleep_stages_1_in_prozent
a_night1_sleep_stages_2_in_prozent
a_night1_sleep_stages_3_in_prozent
a_night1_sleep_stages_4_in_prozent
a_night1_sleep_stages_REM_in_prozent
a_night2_RWA_prozent_gesamt → not relevant
a_night2_Medikamente
a_night2_sleep_latency
a_night2_REM_latency
a_night2_sleep_efficiency
a_night2_total_awakenings
a_night2_AHI
a_night2_MinimumOSat
a_night2_PLM_all_index
a_night2_PLMS_index
a_night2_PLMSW_index
a_night2_sleep_stages_1_in_prozent
a_night2_sleep_stages_2_in_prozent
a_night2_sleep_stages_3_in_prozent
a_night2_sleep_stages_4_in_prozent
a_night2_sleep_stages_REM_in_prozent

} → final determination (afterwards)

} Data of the relevant night for the statistics.

} Data of the first night

} Data of the second night



PSG

PSG (Erf.:fsixel, 09.05.2011;Bef.:fsixel, 11.05.2011;Freig.:fsixel, 11.05.2011)

Schl.-Eff.: 68,7%; Stad. 1+2: 50,6%; Stad. 3+4: 28%; REM: 21,4%; Schl.-Lat.: 19 Min.; REM-Lat.: 66 Min.; PLM Ind.: 38; S.: 38; W.: 34; AHI: 1,0; niedr. Ents.: 84,9%; Schlafzyklus: normal; Ents. Index: 5,6; Obstruktives Schnarchen: ja; Anz. Aufw.: 13; Zentrale Apnoe: 0; Gemischte Apnoe: 1; Obstruktive Apnoe: 2; Awakening Index: 2,6; RWA: ja; RBD: ja;

RBDSS Total Score: 1.1

ICDs: G47.9 RBD → *a-night-Diagnosen*

Annähernd normal strukturierter Schlaf mit gutem Tiefschlafanteil, allerdings einer langen Wachphase zu Beginn des letzten Nachtdrittels, deshalb reduzierte Schlaffeffizienz. Vermehrte Beinbewegungen im Wach wie im Schlaf. Im REM RWA und rudimentäre motorische Aktivität mit Vokalisationen, entsprechend RBD Grad 1.1 max.. Reichlich Schnarchen, aber keine SBAS.

a-night-RWA%-gesamt - not relevant

Polysomnography Report

Patient Information

Age: 65
 Height: 169cm
 Weight: 66kg
 BMI: 23.1 kg/m²

Statistics

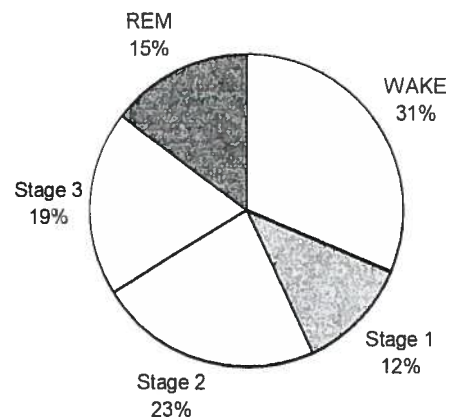
Study Date: 10.05.2011
 Study ID: 1964/2
 Time in Bed: 439.1
 Total Sleep Time: 301.5
 Sleep Onset: 10:09:23 PM
 Sleep Latency: 18.5
 REM Latency: 65.5
 Final Wake Latency: 415.5
 Number of Epochs: 883
 Unscored Epochs: -

Study Duration: 447.9
 First Lights Off Time: 09:50:56 PM
 Last Lights On Time: 05:10:05 AM
 Sleep Efficiency: 68.7%
 Total Awakenings: 13 Index: 2.6
 REM Onset: 11:14:53 PM
 Final Wake Onset: 05:04:53 AM
 AHI: 1.0
 Minimum OSat: 84.9%
 Average OSat: 94.6%
 WASO: 114.0

	Total	Time (min)	Index
PLM ALL	276	439.1	38
PLMS	192	301.5	38
PLMW	79	138.0	34

Stage Distribution

Stages	Time	% Sleep Time	% Time in Bed	% Sleep Period Time
WAKE	138.0	-	31.4%	27.4%
Stage 1	51.0	16.9%	11.6%	12.3%
Stage 2	101.5	33.7%	23.1%	24.4%
Stage 3	84.5	28.0%	19.2%	20.3%
Stage 4	0.0	0.0%	0.0%	0.0%
REM	64.5	21.4%	14.7%	15.5%
MT	0.0	0.0%	0.0%	0.0%
UNS	0.0	-	0.0%	0.0%
NREM(1+2+3+4)	237.0	78.6%	53.9%	57.0%



a_EKG_frequenz
a_EKG_PQ_zeit
a_EKG_QRS_Zeit
a_EKG_QT_Zeit
a_EKG_QTcB_Zeit



**PARACELSUS
ELENA-KLINIK**

Kassel

SKP, 12.1.1
Kassel, 20.07.2011

EKG

EKG (Erf.:mkoerner, 09.05.2011;Bef.:mkoerner, 10.05.2011;Freig.:mkoerner, 10.05.2011)

Befund:

Untersuchungsdatum: 09.05.2011

regelmäßiger Sinusrhythmus; Frequenz: 90; Linkstyp; PQ-Zeit: 154; QRS-Zeit: 96; QT-Zeit: 364; verlängerte QTcB-Zeit: leicht 447; Tremorartefakte; unspezifische ERBS; Zur Zeit nicht therapiebedürftig

a_Labornummer
a_Labor_Erythrozyten_ERY
a_Labor_Haemoglobin_HB
a_Labor_Haematokrit_HK
a_Labor_MCHC
a_Labor_MCV
a_Labor_Leukozyten_LEUK
a_Labor_HBE_MCH
a_Labor_THROM_PLT
a_Labor_Calcium_CA
a_Labor_Kalium_K
a_Labor_Natrium_NA
a_Labor_Harnsaure_HS
a_Labor_Harnstoff_HN_HAST
a_Labor_Kreatinin_CREAS_KREA
a_Labor_Glomerul.Filtration_GFRW_GFRM
a_Labor_alkalischePhosphatase_AP
a_Labor_gamma_GT_GGT
a_Labor_GOT
a_Labor_GPT
a_Labor_Bilirubin_BILI
a_Labor_PTTT_PTT
a_Labor_QUICKT_PTZ
a_Labor_INRT_INR
a_Labor_CK_NAC_CK
a_Labor_Cholesterin_CHOL
a_Labor_Triglyzeride_TRIG
a_Labor_GLUCS_BZIS
a_Labor_Ferritin_FER
a_Labor_CRP_mg_dl
a_Labor_Folsaeure_FOL
a_Labor_VITB12_pg_ml
a_Labor_TSHbasal_TSH
a_Labor_Reticulozyten_RET1_0_00
a_Labor_HDL
a_Labor_LDL
a_Labor_a_Serum_synuclein_StandardMS_unverduennt
a_Labor_a_Serum_synuclein_StandardOe_A_unverduennt
a_Labor_a_Serum_synuclein_DJ_1_unverduennt
a_Labor_VB_asyn_Niels_Kruse
a_Labor_Serum_asyn_Niels_Kruse
a_Labor_Plasma_asyn_Niels_Kruse

} not entered

} external
analysis

Data have been
subsequently entered

LABORWERTE

Lab-Nr. 1251

Blutbild

ERY	4.1-5.1	/pl	4.22 [10.05.2011]
HB	12.3-15.3	g/dl	13.5 [10.05.2011]
HK	36.0-45.0	%	38.8 [10.05.2011]
LEUK	4.4-11.3	/nl	4.6 [10.05.2011]
MCH	27.2-33.4	pg	32.0 [10.05.2011]
MCHC	32.0-36.0	g/dl	34.8 [10.05.2011]
MCV	80-96	fl	91.9 [10.05.2011]
PLT	150-450	/nl	155 [10.05.2011]
RETI	0.5-2.0	%	0.4 [10.05.2011]

Elektrolyte

CA	2.15-2.55	mmol/l	2.31 [10.05.2011]
K	3.50-5.10	mmol/l	4.61 [10.05.2011]
NA	136-146	mmol/l	143 [10.05.2011]

Retentionswerte

GFRW		ml/min/KO	93.89 [10.05.2011]
HAST	21-43	mg/dl	30 [10.05.2011]
HS	2.4-5.7	mg/dl	2.2 [10.05.2011]
KREA	0.51-0.95	mg/dl	0.67 [10.05.2011]

Leberwerte

AP	< 104	U/L	43 [10.05.2011]
BILI	< 1.0	mg/dl	0.57 [10.05.2011]
GGT	< 42	U/L	11 [10.05.2011]
GOT	< 35	U/L	17 [10.05.2011]
GPT	< 28	U/L	15 [10.05.2011]

Pankreasenzyme**Gerinnung**

INR	1.00-1.24		0.92 [10.05.2011]
PTT	24.0-35.0	Sec.	25.2 [10.05.2011]
PTZ	70-125	%	115 [10.05.2011]

Herzenzyme

CK	< 145	U/L	62 [10.05.2011]
----	-------	-----	-----------------

Stoffwechsel

BZIS	82.0-115	mg/dl	91 [10.05.2011]
CHOL	< 200	mg/dl	250 [10.05.2011]
HDL	> 40.0	mg/dl	62 [10.05.2011]
LDL	< 150	mg/dl	156 [10.05.2011]
LDL/HDL	< 3.5		2.68 [10.05.2011]
TRIG	< 325	mg/dl	81 [10.05.2011]

Infektionsserologie

CRP	< 5.0	mg/l	0.32 [10.05.2011]
-----	-------	------	-------------------

Schilddrüse

TSH	0.16-3.94	mU/l	2.46 [10.05.2011]
-----	-----------	------	-------------------

Antikörper**Serumwerte****Medikamente****Immunoglobuline****Stuhl****Urin**