

Frank Schneider
Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie, 2. Auflage

Materialien

Arbeitsblatt 1: AMDP-Bogen: Psychischer Befund

Das AMDP-System sowie der AMDP Befundbogen sind zu beziehen
über:

Testzentrale Göttingen, Herbert-Quandt-Str. 4, 37081 Göttingen,
Tel. (0551) 999-50-999, www.testzentrale.de.

Name, Vorname

Datum

Geburtsdatum, Geburtsort

Geschlecht

• w • m

Adresse

Telefon

Rechtliche Grundlage

• PsychKG/UBG

• BGB

• Freiwillig

Einweisungsmodus: Ein-/Zuweisung via

• Selbst

• Notdienst

• Betreuer

• Hausarzt

• Ambulanz

• Suchtberatung

• Psychiater

• Angehöriger

• Sonstiges

Schweigepflichtentbindung ja/nein

Aktuelle Beschwerden und Auffälligkeiten (aktuelle Symptomatik, Anlass der Untersuchung)

Eigengefährdung ja/nein

Fremdgefährdung ja/nein

Soziale Anamnese

Wo aufgewachsen: Land:

Dorf/kleine/große Stadt

Bei wem aufgewachsen:

Alter bei Auszug aus elterlichem Haus:

Muttersprache:

Religiös: ja/nein

Kindheit unauffällig und normal: ja/nein

Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Kindheit:

Kindergarten: ja/nein

Schule:

Jahre:

Klasse wiederholt: ja/nein

Abschluss: keinen/Hauptschule/Realschule/Gymnasium

Ausbildung zum:

Dauer:

Abgeschlossen: ja/nein

Sonstige berufliche und soziale Entwicklung:

Militärdienst: ja/nein

Grund, warum nicht:

Zivildienst:

Interessen, Hobbys:

Wohnung:

Miete/Eigentum/Größe:

Mitbewohner:

Geld: ausreichend/knapp

• Sozialhilfe

• Arbeitslosenhilfe

• Arbeitslosengeld

Schulden: ja/nein

Höhe der Schulden:

Fahrerlaubnis erworben: ja/nein

Entzogen: ja/nein

Wenn entzogen, warum:

• Asylantrag gestellt

• Aufenthaltsberechtigung

Status: bewilligt/abgelehnt/noch im Entscheidungsprozess

Freunde/Bekannte: viele/wenige

Einzelgänger: ja/nein

Aktuelle Beziehung/Ehe: ja/nein

Zusammen/Verheiratet seit: 1./2. Ehe

Angaben zum Partner: Alter:

Beruf:

Gesund/Krank

Beziehungsqualität: gut/schlecht

Getrennt/Geschieden seit:

Frühere Beziehungen:

Kinder: 1. Kind: Junge/Mädchen

Alter:

Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

2. Kind: Junge/Mädchen

Alter:

Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

3. Kind: Junge/Mädchen

Alter:

Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

4. Kind: Junge/Mädchen

Alter:

Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

Vegetative Anamnese

Schlaf nicht gestört: ja/nein

Einschlafstörungen – Durchschlafstörungen – Morgendliches Früherwachen

Schlafbeginn:

Schlafende:

Regelmäßiger Mittagsschlaf: ja/nein

Appetit gut: ja/nein

Gewichtsschwankungen stattgefunden: ja/nein

Derzeitiges Gewicht: kg

Körpergröße:

cm

Sexuelle Lust und Potenz normal und nicht verändert: ja/nein

Probleme beim Wasserlassen: ja/nein

Probleme beim Stuhlgang: ja/nein

Allergien oder Überempfindlichkeiten: ja/nein Welche:

Körperliches Grundgefühl:

Tages- oder jahreszeitliche Schwankungen: ja/nein

Ggf. gynäkologische Anamnese

Letzte Periode: Regelmäßig: ja/nein

Beschwerden:

Geburten:

Fehlgeburten:

Gynäkologische Operationen:

Psychosexuelle Anamnese

Eintritt der Pubertät: Alter:

Verbunden mit besonderen Ängsten, psychischen Belastungen oder Verhaltensänderungen:

Körperliche Entwicklungsstörungen: ja/nein

Erster Geschlechtsverkehr im Alter von: Jahren im Rahmen einer kurz/lang andauernden Partnerschaft

Sexuelle Funktionsstörungen: ja/nein Welche:

Sexuelles Erleben subjektiv normal/nicht normal

Ungewöhnliche sexuelle Phantasien oder Praktiken: ja/nein Welche:

Homosexuelle Neigungen: ja/nein

Sexuelle Missbrauchserlebnisse: ja/nein Wann/Was:

Medikamentenanamnese

Aktuelle Medikation:

Medikamentenunverträglichkeiten bekannt: ja/nein Welche:

Suchtanamnese

Rauchen: ja/nein Anzahl der Zigaretten pro Tag: Raucher seit:

Alkohol: nicht täglich und nur in sozial üblichen Mengen: ja/nein

Täglich: ja/nein Was und wie viel:

Trinken seit: Erster Vollrausch:

Entzugszeichen: ja/nein Entwöhnungstherapien: ja/nein

Alkoholtypische Folgeerscheinungen: ja/nein Welche:

Schädlicher Konsum von Medikamenten (Schlafmittel/Schmerzmittel/Beruhigungsmittel/Schlankheitsmittel/Laxanzien): ja/nein Was und wie viel:

Illegale Drogen: jemals Erfahrung damit: ja/nein Regelmäßig: ja/nein

Erster Konsum: Haschisch/Kokain/synthetische bzw. Designerdrogen/Heroin/LSD, Pilze/Speed, Amphetamine/andere:

Nicht stoffgebundene Süchte: ja/nein Welche:

Frühere Erkrankungen (frühere psychische und somatische Erkrankungen, frühere ambulante und stationäre Behandlungen, Operationen, Unfälle [speziell mit Schädel-Hirn-Traumata], Kurverschickungen)

Suizidversuch in Vergangenheit: ja/nein

Wann:

Wie:

Familienanamnese

Vater: lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis zum Vater:

Mutter: lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis zur Mutter:

Wohnort der Eltern:

Verheiratet/Getrennt/Geschieden seit:

Geschwister:

1. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis:

2. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis:

3. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis:

4. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben

Alter:

wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis:

5. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben

Alter:

Gestorben wann:

An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis:

Stiefgeschwister: ja/nein

Wer von den Genannten:

Halbgeschwister: ja/nein

Wer von den Genannten:

Familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen: ja/nein

Wer/Was:

Versuchte oder vollendete Suizide in der Familie: ja/nein

Wer/Wann/Wie:

Zusätzliche Angaben von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen

Körperlicher Befund (allgemeinkörperlicher und neurologischer Befund)

Psychopathologischer Befund

Äußere Erscheinung: Klein/mittelgroß/groß, schlank/adipös

Sportliche/modische/elegante/schlichte/einfache Kleidung

Körperlich und in der Kleidung nicht ganz/durchschnittlich/sehr gepflegt

Sehr jugendlich/vorgealtert wirkend

Sonstiges:

Kein/Ausgeprägter Akzent

Sozialkontakt: Selbstunsicher/beflissen/selbstsicher/adäquat/höflich/freundlich-zugewandt/
ablehnend/unkooperativ/verschlossen/distanzlos/aggressiv

Sonstiges:

Intelligenz: Unterhalb/im/oberhalb des Normbereichs

Bewusstsein: Quantitativ: wach/somnolent/soporös/präkomatös/komatös

Qualitativ: unauffällig/Bewusstseinstrübung/-einengung/-verschiebung

Sonstiges:

Orientierung:	Zeitlich	• Unauffällig	• Gestört
	Örtlich	• Unauffällig	• Gestört
	Situativ	• Unauffällig	• Gestört
	Zur Person	• Unauffällig	• Gestört

Aufmerksamkeit:	Auffassungsstörungen/Konzentrationsstörungen/Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen Sonstiges:
Formales Denken:	Ungestört/verlangsamt/weitschweifig/gehemmt/umständliches Denken/eingeengtes Denken/Perseveration/ Grübeln/Gedankendrängen/Ideenflucht/Vorbeireden/gesperrt/Gedankenabreißen/inkohärent, zerfahren/ Neologismen Sonstiges:
Inhaltliches Denken:	Unauffällig/Wahn/Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnwahrnehmung/Wahnstimmung/Schuldwahn/ Verarmungswahn/Verfolgungswahn/Beeinträchtigungswahn/Beziehungswahn/hypochondrischer Wahn/ überwertige Ideen Sonstiges:
Sinnestäuschungen:	Illusionen/akustische Halluzinationen/optische Halluzinationen/olfaktorische Halluzinationen/ gustatorische Halluzinationen/taktile oder haptische Halluzinationen/Zonästhesien/ leibliche Beeinflussungserlebnisse Sonstiges:
Ich-Störungen:	Derealisation/Depersonalisation/Gedankenausbreitung/-entzug/-eingebug/ andere Fremdbeeinflussungserlebnisse Sonstiges:
Affektivität:	Stimmung nicht/auffällig verändert/Ratlosigkeit/Gefühl der Gefühllosigkeit/affektarm/Störung der Vitalgefühle/ deprimiert, depressiv/hoffnungslos/ängstlich/euphorisch/dysphorisch/gereizt/innerlich unruhig/ klagsam, jammerig/Insuffizienzgefühle/gesteigertes Selbstwertgefühl/Schuldgefühle/ambivalent/Parathymie/ affektlabil/affektinkontinent/affektstarr/affektive Schwingungsfähigkeit gut/nicht erhalten Sonstiges:
Zwänge und Ängste:	Zwangsgedanken/Zwangshandlungen/Zwangsimpulse/Phobien/Panikattacken/Ängste Sonstiges:
Antrieb und Psychomotorik:	Nicht gestört/antriebsarm/antriebsgehemmt/antriebsgesteigert/motorisch unruhig/ Parakinesien/Hyperkinesien/Akinesie/Hypokinesie/Stupor/Raptus/maniert, bizarr/theatralisch/ mutistisch/logorrhöisch Sonstiges:
Zirkadiane Besonderheiten:	Keine Besonderheiten/morgens schlechter/abends schlechter/abends besser Sonstiges:
Sonstige Merkmale:	Aggressivität/Selbstbeschädigung/Suizidalität/Mangel an Krankheitseinsicht/Mangel an Krankheitsgefühl/ Ablehnung der Behandlung/sozialer Rückzug/soziale Umtriebigkeit Sonstiges:

Somatomedizinische und testpsychologische Zusatzdiagnostik

EEG	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor 	EKG	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor
Notfalllabor	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor 	Thoraxröntgen	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor
Routinelabor	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor 	CCT	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor
Lumbalpunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor 	MRT	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor
Neuropsychologie	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung angemeldet • Befund liegt vor 	Konsile:	

Arbeitsdiagnosen (psychische und somatische Diagnosen nach ICD-10, Differenzialdiagnosen):

Prozedere (Behandlungsplan)

Medikamentös:

Psychotherapeutisch:

Psychosozial:

Demenzdetektionstest (DemTect)

1. Wortliste (1. Zeile vorlesen – Wiedergabe – 2. Zeile vorlesen – Wiedergabe)

Teller <input type="checkbox"/>	Hund <input type="checkbox"/>	Lampe <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>	Apfel <input type="checkbox"/>	Hose <input type="checkbox"/>	Tisch <input type="checkbox"/>	Wiese <input type="checkbox"/>	Glas <input type="checkbox"/>	Baum <input type="checkbox"/>
Teller <input type="checkbox"/>	Hund <input type="checkbox"/>	Lampe <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>	Apfel <input type="checkbox"/>	Hose <input type="checkbox"/>	Tisch <input type="checkbox"/>	Wiese <input type="checkbox"/>	Glas <input type="checkbox"/>	Baum <input type="checkbox"/>
						Richtig erinnerte Begriffe (max. 20) <input type="checkbox"/>			

2. Zahlen umwandeln (siehe nächste Seite)

Richtige Umwandlungen ☐

(Ziffern als Zahlwort schreiben und umgekehrt Zahlwörter als Ziffern)

3. Supermarktaufgabe (in einer Minute möglichst viele Dinge nennen, die es im Supermarkt zu kaufen gibt)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genannte Begriffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(max. 20) <input type="checkbox"/>

4. Zahlenfolge rückwärts (Zahlenfolge nennen, Proband wiederholt Zahlenfolge rückwärts, jeweils 2. Versuch möglich)

1. Versuch	7-2	4-7-9	5-4-9-6	2-7-5-3-6	8-1-3-5-4-2	Längste richtig rückwärts
2. Versuch	8-6	3-1-5	1-9-7-4	1-3-5-4-8	4-1-2-7-9-5	wiederholte Folge
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	(max. 6) <input type="checkbox"/>

5. Erneute Abfrage der obigen Wortliste

Teller <input type="checkbox"/>	Hund <input type="checkbox"/>	Lampe <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>	Apfel <input type="checkbox"/>	Hose <input type="checkbox"/>	Tisch <input type="checkbox"/>	Wiese <input type="checkbox"/>	Glas <input type="checkbox"/>	Baum <input type="checkbox"/>
						Richtig erinnerte Begriffe (max. 10) <input type="checkbox"/>			

2. Zahlen umwandeln

Beispiel: 5 → fünf; drei → 3

209 = _____

4054 = _____

Sechshunderteinundachtzig = _____

Zweitausendsiebenundzwanzig = _____

Demenzdetektionstest (DemTect), Auswertung

Die Rohwerte werden nach folgender Tabelle umgerechnet und bewertet





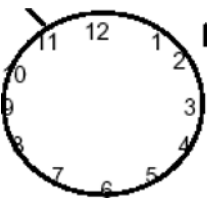
Aufgabe	Ergebnis (Rohwert)	Über 60 Jahre						Unter 60 Jahre						Punkte
1. Wortliste		Ab:	7	9	11			Ab:	8	11	13			
2. Zahlen umwandeln		Ab:	1	3	4			Ab:	1	3	4			
3. Supermarktaufgabe		Ab:	6	10		16		Ab:	13	16		20		
4. Zahlenfolge rückwärts		Ab:	2	3	4			Ab:	2	4	5			
5. Erneute Wortliste		Ab:	1	3			5	Ab:	1	4				
Punktzahl			1	2	3	4	5		1	2	3	4		
Punktzahl	Diagnose							Handlungsempfehlung						
13–18 Punkte	Altersgemäße kognitive Leistung							Nach 12 Monaten bzw. bei Problemen neu testen						
9–12 Punkte	Leichte kognitive Beeinträchtigung							Nach 6 Monaten neu testen						
= 8 Punkte	Demenzverdacht							Weitere diagnostische Abklärung – Therapie						

Weitere Informationen unter <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/demtect-manual.pdf>

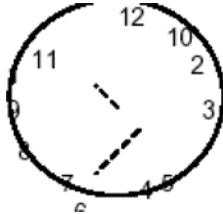
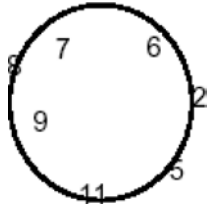
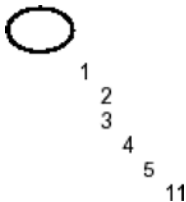

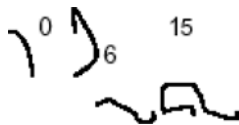
Aufgabe: „Bitte zeichnen Sie das Zifferblatt einer Uhr mit allen Zahlen und stellen Sie die Zeiger auf 11:10 Uhr ein!“

Auswertung des Uhrentests (Sunderland et al. 1989)

Die Zeichnung des Zifferblatts (Kreis und Zahlen) ist richtig

10	Die Zeiger sind in der richtigen Position	
9	Leichte Fehler in der Zeigerposition	
8	Auffällige Fehler in der richtigen Platzierung von Stunden- und Minutenanzeiger	
7	Die Zeigerplatzierung weicht deutlich von der Zeigervorgabe ab	
6	Statt der Verwendung von Zeigern andere Kennzeichnung der Uhrzeit	

Die Zeichnung des Zifferblatts (Kreis und Zahlen) ist nicht richtig

5	Häufung von Zahlen in einem Bereich des Zifferblatts oder seitenverkehrte Platzierung der Zahlen. Möglicherweise werden noch Zeiger eingezeichnet	
4	Deutliche Entstellung der Zahlenreihenfolge. Die Einheit des Zifferblatts ist aufgehoben. (Zahlen fehlen oder sind außerhalb des Kreises)	
3	Die Zahlen und das Zifferblatt bilden in der Zeichnung keine erkennbare Einheit. Zeiger werden nicht mehr eingezeichnet	
2	Die Zeichnung lässt erkennen, dass der Versuch unternommen wurde, eine Uhr zu zeichnen. Die Ähnlichkeit mit einer Uhr ist jedoch vage	
1	Entweder, es wurde kein Versuch unternommen, die Aufgabe zu erfüllen, oder der Versuch ist nicht interpretierbar	

Uhrentest, Interpretation

Der Punkterange reicht von 1 bis 10 Punkten, wobei 10 Punkte das beste und 1 Punkt das schlechteste Ergebnis darstellt. Untersuchungen zeigen, dass der Cut-off mit dem besten Verhältnis von Sensitivität zu Spezifität bei 8/9 Punkten liegt (Sensitivität 79–85%, Spezifität 80–93%) (Brodaty u. Moore 1997; Schramm et al. 2002).

Brodaty H, Moore CM (1997) The clock drawing test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatr* 12: 619–627

Schramm U, Berger G, Muller R, Kratzsch T, Peters J, Frölich L (2002) Psychometric properties of Clock Drawing Test and MMSE or Short Performance Test (SKT) in dementia screening in a memory clinic population. *Int J Geriatr Psychiatr* 17: 254–260

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM et al. (1989) Clock Drawing in Alzheimer's Disease – A Novel Measure of Dementia Severity. *J Am Geriatr Soc* 37: 725–729

© 2016 Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Aus: Schneider F. (Hrsg.) Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

1. Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja/Nein
2. Haben Sie viele Interessen und Aktivitäten aufgegeben?	Ja/Nein
3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?	Ja/Nein
4. Sind Sie oft gelangweilt?	Ja/Nein
5. Schauen Sie zuversichtlich in die Zukunft?	Ja/Nein
6. Sind Sie besorgt, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	Ja/Nein
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja/Nein
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja/Nein
9. Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	Ja/Nein
10. Haben Sie den Eindruck, dass Sie in letzter Zeit mehr Probleme mit Ihrem Gedächtnis haben als früher?	Ja/Nein
11. Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?	Ja/Nein
12. Fühlen Sie sich ziemlich wertlos, so wie Sie zurzeit sind?	Ja/Nein
13. Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja/Nein
14. Haben Sie das Gefühl, Ihre Situation sei hoffnungslos?	Ja/Nein
15. Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	Ja/Nein

Geriatrische Depressionsskala (GDS), Auswertung

Für die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 gibt es für die Antwort „nein“, für die übrigen Fragen für die Antwort „ja“ jeweils einen Punkt.
 Maximale Punktzahl: 15; Summenwert von 6 und mehr Punkten ist für eine Depression klinisch auffällig.

Audit-C-Screening-Test

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie	<input type="checkbox"/>	0
1-mal im Monat oder seltener	<input type="checkbox"/>	1
2- bis 4-mal im Monat	<input type="checkbox"/>	2
2- bis 3-mal die Woche	<input type="checkbox"/>	3
4-mal die Woche oder öfter	<input type="checkbox"/>	4

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

1–2 Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	0
3–4 Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	1
5–6 Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	2
7–9 Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	3
10 oder mehr Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	4

Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?
(Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

Nie	<input type="checkbox"/>	0
Seltener als 1-mal im Monat	<input type="checkbox"/>	1
Jeden Monat	<input type="checkbox"/>	2
Jede Woche	<input type="checkbox"/>	3
Jeden Tag oder fast jeden Tag	<input type="checkbox"/>	4

AUDIT-C-Screening-Test, Auswertung

Bei einem Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern und 3 und mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen (riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum) und spricht für die Notwendigkeit zu weiterem Handeln.

Alkohol-Entzugs-Skala (dt. Version der CIWA-A)

Patient: _____ Datum: _____ Zeit: _____

1. Übelkeit und Erbrechen

Fragen: „Ist Ihnen schlecht? Haben Sie sich übergeben?“

[0] keine Übelkeit und kein Erbrechen

[1] leichte Übelkeit ohne Erbrechen

[2]

[3]

[4] gelegentlich Übelkeit mit Brechreiz und Würgen

[5]

[6]

[7] dauernde Übelkeit, häufiger Brechreiz, Würgen und Erbrechen

2. Tremor (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt)

[0] kein Tremor

[1] Tremor nicht sichtbar, aber an Fingerspitze zu fühlen

[2]

[3]

[4] mäßiger Tremor bei ausgestreckten Armen

[5]

[6]

[7] starker Tremor auch bei nicht ausgestreckten Armen

3. Schweißausbrüche

[0] kein Schweiß sichtbar

[1] kaum wahrnehmbares Schwitzen, Handflächen feucht

[2]

[3]

[4] deutliche Schweißtropfen auf der Stirn

[5]

[6]

[7] durchgeschwitzte Kleidungsstücke

4. Ängstlichkeit

Frage: „Sind Sie nervös oder ängstlich?“

[0] keine Ängstlichkeit, entspannt

[1] leicht ängstlich

[2]

[3]

[4] mäßige Angst oder Wachsamkeit, die auf Angst schließen lässt

[5]

[6]

[7] vergleichbar mit akuter Panik, wie sie bei schweren Delirien oder bei akuten schizophrenen Episoden auftritt

5. Antriebsniveau

[0] normale Aktivität

[1] etwas mehr als normale Aktivität

[2]

[3]

[4] mäßige Unruhe oder Ruhelosigkeit

[5]

[6]

[7] geht während des Interviews meist auf und ab oder schlägt bzw. nestelt mit den Händen hin und her

6. Taktile Störungen

Frage: „Spüren Sie irgendein Jucken oder Ameisenlaufen, irgendein Brennen oder Taubheitsgefühle, oder haben Sie das Gefühl, dass Käfer auf oder unter Ihrer Haut krabbeln?“

[0] keine Störungen

[1] kaum Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder Taubheitsgefühle

[2] leichtes Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder leichte Taubheitsgefühle

[3] mäßiges Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder mäßige Taubheitsgefühle

[4] mäßig starke taktile Halluzinationen

[5] starke taktile Halluzinationen

[6] sehr starke taktile Halluzinationen

[7] anhaltende taktile Halluzinationen

7. Akustische Störungen

Fragen: „Sind Sie geräuschempfindlicher? Sind die Geräusche greller als sonst? Erschrecken die Geräusche Sie? Hören Sie etwas, dass Sie stört? Hören Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht da sind?“

[0] nicht vorhanden

[1] ganz leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit

[2] leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit

[3] mäßige Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit

[4] mäßig starke akustische Halluzinationen

[5] starke akustische Halluzinationen

[6] sehr starke akustische Halluzinationen

[7] anhaltende akustische Halluzinationen

8. Visuelle Störungen

Fragen: „Erscheint Ihnen das Licht heller als sonst? Sind die Farben anders? Schmerzen dadurch die Augen? Sehen Sie irgendetwas, was Sie stört? Sehen Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht da sind?“

[0] nicht vorhanden

[1] ganz leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit

[2] leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit

[3] mäßig vermehrte Lichtempfindlichkeit

[4] mäßig starke optische Halluzinationen

[5] starke optische Halluzinationen

[6] sehr starke optische Halluzinationen

[7] anhaltende optische Halluzinationen

9. Kopfschmerzen, Druckgefühle im Kopf

Fragen: „Fühlt sich Ihr Kopf anders an? Haben Sie das Gefühl, als hätten Sie einen Ring um den Kopf?“

(Schwindelgefühle und Benommenheit sollen nicht beurteilt werden)

- [0] keine Kopfschmerzen
- [1] ganz leichte Kopfschmerzen
- [2] leichte Kopfschmerzen
- [3] mäßige Kopfschmerzen
- [4] mäßig starke Kopfschmerzen
- [5] starke Kopfschmerzen
- [6] sehr starke Kopfschmerzen
- [7] extrem starke Kopfschmerzen

10. Orientiertheit und Trübung des Bewusstseins

Fragen: „Welcher Tag ist heute? Wo sind Sie? Wer bin ich (der Befragende)?“

- [0] orientiert und kann fortlaufend ergänzen
- [1] kann nicht fortlaufend ergänzen oder ist unsicher hinsichtlich des Datums
- [2] desorientiert über das Datum um nicht mehr als zwei Kalendertage
- [3] desorientiert über das Datum um mehr als zwei Kalendertage
- [4] desorientiert über Ort und/oder Person

Gesamtpunktzahl: _____

(Höchst mögliche Punktzahl: 67)

Beurteiler: _____

Pulsfrequenz: _____ / min

Blutdruck: _____ / _____ mmHg

Alkohol-Entzugs-Skala, Auswertung

Im stationären Setting hat es sich bewährt, diese Skala alle 2 Stunden durchzugehen und den Entzug medikamentös zu behandeln, sobald die Punktzahl über 10 liegt.

Fagerstrøm Test for Nicotine Dependence (FTND)

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen aufmerksam durch und kennzeichnen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwortmöglichkeit mit einem Kreuz. Die Angaben sollen Ihr Rauchverhalten **während der letzten 3 Monate** widerspiegeln.

a. Sind Sie gegenwärtig Raucher?☐ nein☐ ja**Nur falls Sie zurzeit Raucher sind:****1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**☐ innerhalb von 5 Minuten☐ innerhalb von 6 bis 30 Minuten☐ innerhalb von 31 bis 60 Minuten☐ nach 60 Minuten**2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?**☐ nein☐ ja**3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?**☐ die Erste am Morgen☐ andere**4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?**☐ bis 10☐ 11 bis 20☐ 21 bis 30☐ mehr als 30**5. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?**☐ nein☐ ja**6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?**☐ nein☐ ja**Fagerstrøm Test for Nicotine Dependence, Auswertung**

Als entscheidende von insgesamt 6 Kriterien gelten die beiden Fragen nach dem morgendlichen Rauchverlangen (Zeit bis zur ersten Zigarette) sowie nach der Zahl der Zigaretten pro Tag. Insgesamt können 10 Punkte erreicht werden. Entsprechend wird die Stärke der Abhängigkeit als sehr gering (0–2), gering (3–4), mittel (5–6), stark (7–8) oder sehr stark (9–10) eingestuft.

Suizidcheckliste

Psychische Grunderkrankung	Ja	Nein
Akut suizidale Gedanken	Ja	Nein
Konkrete Vorbereitungen	Ja	Nein
Rettungsmöglichkeiten ausgeschlossen	Ja	Nein
„Sicherheit“ der Methode	„Hart“	„Weich“
Abschied genommen	Ja	Nein
Suizidversuche in der Vorgeschichte	Wie viele?	Keine
	Wann?	
	Welche Methode?	
	Wie kam es zur Rettung?	
Kontaktqualität	Verleugnend, verschlossen, manipulativ, wechselnde Angaben, bagatellisierend	Offen, zugewandt, absprachefähig, konstante Angaben
Psychotisches Erleben	Ja	Nein

[Praxis-/Klinikstempel]

An das
Amtsgericht – Betreuungsgericht

.....

.....

EILT

Datum:

Anregung zur Einrichtung einer vorläufigen Betreuung im Rahmen einer einstweiligen Anordnung für die Bereiche

- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Vertretung in gerichtlichen Verfahren
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden
- ☐

für Frau/Herrn geb. am wohnhaft in

.....

Frau/Herr leidet an (ICD-10: F.....).

Aufgrund der oben genannten Diagnose ist Frau/Herr derzeit nicht in der Lage, sich um die Angelegenheiten ihres/seines Lebens zu kümmern, respektive meine ärztliche Aufklärung zu verstehen und eine eigenverantwortliche Entscheidung über eine dringend erforderliche ärztliche Maßnahme zu treffen.

Eine Vorsorgevollmacht liegt nach meiner Kenntnis nicht vor.

Frau/Herr ist nach meiner Ansicht dringend behandlungsbedürftig, da mit dem Aufschub der Behandlung die Gefahr verbunden ist, dass

Ich bitte um Mitteilung der gerichtlichen Entscheidung per Fax.

Mit freundlichen Grüßen

.....

Unterschrift

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Station: _____

Aufnahmedatum: _____

Aufnahmezeit: _____

Vorläufige Diagnose: _____

Ärztliches Zeugnis liegt vor: ☐ ja ☐ nein

Ausgestellt von psychiatrieerfahrenem Arzt: ☐ ja ☐ nein

Ordnungsamt verständigt: ☐ ja ☐ nein

Richter verständigt: ☐ ja ☐ nein

Beschluss vom: _____

Aktenzeichen: _____

Anhörung am: _____

Durch Richter: _____

Beschluss fernmündlich mitgeteilt: ☐ ja ☐ nein

Beschluss schriftlich eingegangen am: _____

Dauer des PsychKGs: _____

Verlängert bis: _____

Vertrauensperson über die Aufnahme informiert: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht erreichbar

Name: _____

Telefonnummer: _____

Verfahrenspfleger: _____

Telefonnummer: _____

Bevollmächtigter: _____

Telefonnummer: _____

Betreuer: _____

Telefonnummer: _____

Aufklärung des Patienten über Rechte und Pflichten erfolgt: ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Durch wen: _____

Unterschrift: _____

Aufklärung der Vertrauensperson über Rechte und Pflichten erfolgt: ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Durch wen: _____

Unterschrift: _____

Ärztliche Untersuchung am: _____

Arzt: _____

Behandlungsplan erstellt: ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Arzt: _____

Behandlungsplan dem Patienten erläutert: ☐ ja, am: _____

☐ nein, wegen: _____

Behandlungsplan mit der Vertrauensperson/dem Betreuer besprochen: ☐ ja ☐ nein

Maßnahmen ohne eine Einwilligung des Patienten durchgeführt: ☐ ja ☐ nein

Vertrauensperson informiert: ☐ ja ☐ nein

Fixierungen notwendig: ☐ ja ☐ nein

Fixierungsbögen ausgefüllt: ☐ ja ☐ nein

Fortbestand der Notwendigkeit des PsychKGs fortlaufend (täglich) überprüft und dokumentiert: ☐ ja ☐ nein

Beurlaubungen des PsychKGs: ☐ ja ☐ nein

Beurlaubungen länger als 10 Tage: ☐ ja ☐ nein

Gericht verständigt: ☐ ja ☐ nein

Beendigung des PsychKGs und Freiwilligkeitserklärung unterschrieben:

Datum: _____

Rechtskräftig ab: _____

Benachrichtigung abgeschickt an: _____

Gericht: ☐ ja ☐ nein

Ordnungsamt: ☐ ja ☐ nein

Sozialpsychiatrischer Dienst: ☐ ja ☐ nein

Gesetzliche Vertretung: ☐ ja ☐ nein

Beendigung des PsychKGs und Entlassung am: _____

Durch Richter: _____

Benachrichtigungen abgeschickt an: _____

Gericht: ☐ ja ☐ nein

Ordnungsamt: ☐ ja ☐ nein

Sozialpsychiatrischer Dienst: ☐ ja ☐ nein

Gesetzliche Vertretung: ☐ ja ☐ nein

Vertrauensperson/Betreuer: ☐ ja ☐ nein

Behandelnder Arzt: ☐ ja ☐ nein