

**Anmeldung**  
**zur Abklärung im FETZ am Universitätsklinikum Magdeburg (www.fetz-magdeburg.de)**  
**E-Mail: fetz@med.ovgu.de oder Fax: 0391-6714236**

Name Arzt/Ärztin bzw. Psychologe/in: \_\_\_\_\_  
 Facharztbezeichnung / Spezialisierung: \_\_\_\_\_  
 Praxis-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Pat.-Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Wohnort-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeitige oder frühere Diagnose einer Psychose?  NEIN  JA  
 Alkohol- / Substanzmissbrauch bekannt?  NEIN  JA, NUR FRÜHER  JA, DERZEIT  
 Substanz: \_\_\_\_\_

**Der Verdacht auf ein erhöhtes Psychose-Risiko hat sich ergeben aufgrund von (bitte ankreuzen):**

Ultra-High-Risk (UHR)-Kriterien gemäß "Structured Interview for Prodromal Syndromes" (SIPS)	
<b>A. Abgeschwächte Psychose-Symptome (APS) mindestens 1 Woche im letzten Monat:</b> – Beziehungsideen – Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken – Paranoide Ideen / erhöhtes Misstrauen/ Verfolgungsideen – Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse – Eigenartige Denk- und Sprechweise	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>B. Kurze, intermittierend auftretende Psychose-Symptome (BLIPS) mehrfach für einige Minuten in den letzten 3 Monaten:</b> – Halluzinationen (wichtig: Pat. ist davon überzeugt) – Wahn (wichtig: Pat. ist davon überzeugt) – schwere Formale Denkstörungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>C. Leistungsknick (bzw. psychosoziales Funktionsniveau ↓) in den letzten zwölf Monaten +</b> a) Risikofaktor Genetik: <b>Verwandte 1. Grades mit Psychose</b> b) Risikofaktor <b>schizotype Persönlichkeitsstörung beim Pat.</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Wurde mind. 1 Kriterium (A, B oder C) mit Ja beantwortet?</b>	<b>Wenn JA bitte melden!</b>

Basissymptom-Kriterien "Cognitive Disturbances" (COGDIS)	
<b>A. Interferenz emotional neutraler Gedanken</b> (=Konzentration wird durch irrelevante, nicht emotionale Gedanken unterbrochen)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>B. Gedankenblockierungen</b> (=Gedankenabbrechen, Gedankenabreißen, "Fadenverlieren")	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>C. Gedankendrängen, -jagen</b> (=Pat. fühlt sich dem Druck vieler verschiedener Einfälle oder Gedanken ausgeliefert)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>D. Störung der rezeptiven Sprache</b> (=Störung des Sprachverständnisses: neu aufgetretene Schwierigkeiten einfache Gespräche, Texte oder Wörter der eigenen Muttersprache zu verstehen)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>E. Störung der expressiven Sprache</b> (=Störung der Sprachproduktion: neu aufgetretene Schwierigkeiten in der sprachlichen Ausdrucksweise, z.B. bzgl. Wortwahl, Präzision und Wortflüssigkeit)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>F. Eigenbeziehungstendenz</b> (=flüchtige Beziehungsideen; Tendenz Äußerungen anderer oder Ereignisse in der Umgebung auf sich zu beziehen)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>G. Störung der Symbolerfassung, Konkretismus</b> (=Abstraktionsvermögen gestört, z.B. Bedeutung von Verkehrsschildern oder Sprichwörtern nicht mehr richtig erfasst)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>H. Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu spalten / teilen</b> (=Schwierigkeit, Dinge gleichzeitig zu tun, die verschiedene Sinne beanspruchen. z.B. zuhören & Notizen machen; beim Autofahren Verkehrssignale beachten & sich unterhalten)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>I. Fesselung, Bannung durch optische Wahrnehmungsdetails</b> (=ein Detail im Blickfeld fesselt die Aufmerksamkeit der Pat. gegen ihren Willen – wie ein Magnet)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Wurden mindestens 2 o.g. Symptome berichtet, die mindestens 1x/Woche in den letzten 3 Monaten auftraten?</b>	<b>Wenn JA bitte melden!</b>