

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

Gibt es andere vorbekannte psychische Erkrankungen? _____

Ist eine Hirnschädigung bei der Geburt / danach aufgetreten? NEIN JA unbekannt

Ist eine Bilduntersuchung des Gehirns gemacht worden (z.B. MRT,CT) NEIN JA, DATUM _____, Befund?

Ist eine Intelligenzminderung oder Hirnleistungsstörung bekannt? 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)	
A. Abgeschwächte Psychose-Symptome (APS) mindestens 1 Woche im letzten Monat: – 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
B. Kurze, intermittierend auftretende Psychose-Symptome (BLIPS) mehrfach für einige Minuten in den letzten 3 Monaten: – 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
C. Leistungsknick (bzw. psychosoziales Funktionsniveau ↓) <u>in den letzten zwölf Monaten +</u> a) Risikofaktor Genetik: Verwandte 1. Grades mit Psychose b) Risikofaktor schizotype Persönlichkeitsstörung beim Pat.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wurde mind. 1 Kriterium (A, B oder C) mit Ja beantwortet?	Wenn JA bitte melden!

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