

CENTER

SUBJECT ID

DATE OF VISIT   -    -

dd                      MMM                      yyyy

Visit:

Date of Assessment: (dd-MMM-yyyy)   -    -

Start Time: (24 hour clock)   -

Language Administered:  (52) German for Germany

Rater ID:                          Rater Signature: \_\_\_\_\_

Dies ist ein semi-strukturiertes Interview. Bitte stellen Sie alle Fragen, ohne Ausnahme. Stellen Sie auch alle zusätzlichen Fragen, die nötig sind, um den Schweregrad der Demenz des Patienten/der Patientin festzustellen. Notieren Sie bitte alle Angaben, die Sie durch die zusätzlichen Fragen erhalten.

**Fragen zum Gedächtnis an die befragte Person:**

1. Hat er/sie Probleme mit dem Gedächtnis oder mit dem Denkvermögen?  Ja  Nein
- 1a. Wenn ja, treten diese Probleme ständig auf (nicht nur ab und zu)?  Ja  Nein
2. Kann er/sie sich an Dinge erinnern, die kürzlich passiert sind?  Meistens ja  Manchmal  Selten
3. Kann er/ sie eine kurze Liste mit Dingen (Einkaufsliste) im Kopf behalten?  Meistens ja  Manchmal  Selten
4. Ist sein/ihr Gedächtnis im letzten Jahr schlechter geworden?  Ja  Nein
5. Ist sein/ihr Gedächtnis so stark beeinträchtigt, dass es die Ausübung seiner/ihrer Alltagsaktivitäten vor ein paar Jahren (oder der Aktivitäten vor dem Ruhestand) beeinträchtigt hätte? (Meinung zusätzlicher Quellen)  Ja  Nein
6. Vergisst er/sie ein größeres Ereignis (z.B. eine kurze Reise, ein Fest, eine Hochzeit in der Familie) innerhalb von wenigen Wochen nach diesem Ereignis?  Meistens ja  Manchmal  Selten
7. Vergisst er/sie relevante Details dieses Ereignisses?  Meistens ja  Manchmal  Selten
8. Vergisst er/sie wichtige Ereignisse oder Daten aus der weiter zurückliegenden Vergangenheit vollkommen (z.B. Geburtstag, Hochzeitstag, Arbeitsplatz)?  Meistens ja  Manchmal  Selten
9. Bitte erzählen Sie mir von einem Ereignis aus seinem/ihrer Leben, das kürzlich stattgefunden hat und an das er/sie sich erinnern sollte. (Fragen Sie für spätere Vergleiche mit den Antworten des Patienten nach Details wie dem Ort des Ereignisses, der Tageszeit, nach Beteiligten, wie lange das Ereignis gedauert hat, wann es zu Ende war und wie der Patient/die Patientin oder andere Beteiligte dorthin gelangten.)

Zeitraum innerhalb einer Woche: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zeitraum innerhalb eines Monats: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Wann wurde er/sie geboren? \_\_\_\_\_
11. Wo wurde er/sie geboren? \_\_\_\_\_
12. Welche Schule hat er/sie zuletzt besucht? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_  
 Klasse \_\_\_\_\_

CENTER				SUBJECT ID									
DATE OF VISIT													
dd		MMM			yyyy								

Visit:

---

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 2 of 9

13. Was war sein/ihr Hauptberuf (oder der des Partners/der Partnerin, falls der Patient/die Patientin nicht berufstätig war)? \_\_\_\_\_
14. Was war seine/ihre letzte hauptsächliche Anstellung/Arbeit (oder die des Partners/der Partnerin, falls der Patient/die Patientin nicht berufstätig war)? \_\_\_\_\_
15. Wann ging er/sie (oder der Partner/die Partnerin) in den Ruhestand und warum? \_\_\_\_\_

**Fragen zum Orientierungsvermögen an die befragte Person:**

Wie oft kann er/sie Folgendes genau benennen:

- Das Datum?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Den Monat?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Das Jahr?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Den Wochentag?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Hat er/sie Schwierigkeiten, Ereignisse zeitlich zueinander in Beziehung zu setzen?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Findet er/sie sich in vertrauten Straßen zurecht?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Wie oft weiß er/sie, wie man außerhalb seiner/ihrer vertrauten Umgebung von einem Ort zum anderen kommt?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
- Wie oft findet er/sie sich in einem vertrauten Gebäude zurecht?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht

CENTER				SUBJECT ID										
DATE OF VISIT														
				-					-					
dd		MMM				yyyy								

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 3 of 9

**Fragen zur Urteilsfähigkeit und Problembewältigung an die befragte Person:**

1. Wenn Sie ganz allgemein seine/ihre derzeitige Fähigkeit beurteilen sollten, Probleme zu lösen, würden Sie sagen sie ist:  
 So gut wie immer  
 Gut, aber nicht so gut wie früher  
 Einigermaßen  
 Schlecht  
 Nicht vorhanden
2. Beurteilen Sie bitte seine/ihre Fähigkeit, mit kleineren Geldmengen umzugehen (z.B. die Menge des Wechselgelds richtig einzuschätzen, ein kleines Trinkgeld zu geben):  
 Nicht weniger geworden  
 Etwas weniger geworden  
 Sehr viel weniger geworden
3. Beurteilen Sie bitte seine/ihre Fähigkeit, mit komplizierten finanziellen oder geschäftlichen Vorgängen umzugehen (z.B. Kontoauszüge überprüfen, Rechnungen bezahlen):  
 Nicht weniger geworden  
 Etwas weniger geworden  
 Sehr viel weniger geworden
4. Kann er/sie mit Notfällen im Haushalt fertig werden (z.B. tropfende Wasserleitung, kleines Feuer)?  
 So gut wie früher  
 Schlechter als früher, weil er/sie Probleme mit dem Denkvermögen hat  
 Schlechter als früher, aus einem anderen Grund (warum) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Kann er/sie Situationen oder Erklärungen verstehen?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht
6. Verhält\* er/sie sich angemessen [d.h. so, wie er/sie sich normalerweise (vor der Krankheit) verhalten hat] in Situationen mit anderen Menschen und im Umgang mit anderen Menschen?  
 Meistens ja     Manchmal     Selten     Weiß ich nicht

\* Dieses Item beurteilt Verhalten und nicht die äußere Erscheinung.

**WORKSHEET ONLY.****NOT TO BE USED AS A CRF**

CENTER				SUBJECT ID									
DATE OF VISIT													
		-				-							
dd			MMM				yyyy						

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 4 of 9

**Fragen zum Leben in der Gemeinschaft an die befragte Person:****Berufstätigkeit**

- Arbeitet der Patient/die Patientin noch?  Ja  Nein  Nicht zutreffend  
Wenn nicht zutreffend, machen Sie bitte weiter mit Frage 4  
Wenn ja, machen Sie bitte weiter mit Frage 3  
Wenn nein, machen Sie bitte weiter mit Frage 2
- Haben Probleme mit dem Gedächtnis oder mit dem Denkvermögen zu dem Entschluss des Patienten/der Patientin beigetragen, in den Ruhestand zu gehen? (Bitte weiter mit Frage 4)  Ja  Nein  Weiß ich nicht
- Hat der Patient /die Patientin deutliche Probleme bei seiner/ihrer Arbeit aufgrund von Problemen mit dem Gedächtnis oder dem Denkvermögen?  
 Selten oder Nie  Manchmal  Meistens ja  Weiß ich nicht

**Soziale Eigenständigkeit**

- Ist er/sie jemals Auto gefahren?  Ja  Nein  
Fährt der Patient/die Patientin heute noch Auto?  Ja  Nein  
Wenn nein, ist dies so aufgrund von Problemen mit dem Gedächtnis oder dem Denkvermögen?  Ja  Nein
- Wenn er/sie immer noch fährt, gibt es Probleme oder Risiken aufgrund des schlechten Denkvermögens?  Ja  Nein
- \*6. Kann er/sie selbständig die Dinge einkaufen, die er/sie braucht?  
 Selten oder Nie (muss bei jedem Einkauf begleitet werden)  Manchmal (geht geringe Menge an Artikeln einkaufen; kauft Artikel doppelt oder vergisst benötigte Artikel)  Meistens ja  Weiß ich nicht
- Kann er/sie selbständig Aktivitäten außerhalb von zu Hause durchführen?  
 Selten oder Nie (kann im Allgemeinen ohne Hilfe keine Aktivitäten ausüben)  Manchmal (eingeschränkt und/oder Routine, z.B. oberflächliche Teilnahme an Kirchgängen oder Treffen; Fahrten zum Friseur)  Meistens ja (sinnvolle Teilnahme an Aktivitäten z.B. zur Wahl gehen)  Weiß ich nicht
- Wird er/sie zu Feiern außerhalb von zu Hause mitgenommen?  Ja  Nein  
Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_
- Würde jemand, der das Verhalten des Patienten/der Patientin zufällig beobachtet, denken, dass er/sie krank ist?  Ja  Nein
- Wenn in einem Pflegeheim, nimmt er/sie aktiv an Festen teil (geistig anwesend)?  Ja  Nein

**WICHTIG:**

Sind genug Angaben verfügbar, um zu beurteilen, inwieweit das Leben des Patienten/der Patientin in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist?

**Wenn nicht, fragen Sie bitte weiter nach.**Leben in der Gemeinschaft: Kirchgänge, Besuche bei Freunden oder Verwandten, politische Aktivitäten, Berufsorganisationen, Vereine, Hilfsorganisationen, etc.**\* Bitte wenn nötig das Funktionsniveau des Patienten/der Patientin in diesem Bereich mit Kommentaren verdeutlichen.**

CENTER				SUBJECT ID										
DATE OF VISIT														
				-				-						
dd		MMM			yyyy									

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 5 of 9

**Fragen zu Haushalt und Hobbys an die befragte Person:**

1a. Was hat sich verändert an seinen/ihren Fähigkeiten, Aufgaben im Haushalt auszuführen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1b. Was kann er/sie immer noch gut? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2a. Was hat sich verändert an seinen/ihren Fähigkeiten, Hobbys zu betreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2b. Was kann er/sie immer noch gut? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wenn im Pflegeheim, was kann er/sie nicht mehr so gut (im Haushalt und bei Hobbys)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alltagsaktivitäten (The Dementia Scale of Blessed):**

	Nicht weniger geworden		Sehr viel weniger geworden
4. Fähigkeit, Aufgaben im Haushalt durchzuführen	0	0.5	1
Bitte beschreiben Sie: _____			
_____			
_____			

5. Ist er/sie in der Lage, Aufgaben im Haushalt wie folgt durchzuführen:  
(Kreuzen Sie eine Antwort an. Die befragte Person muss nicht direkt gefragt werden.)

- Keine Fähigkeiten von Bedeutung  
(erledigt auch einfache Aufgaben, wie Betten machen, nur mit sehr viel Anleitung)
- Fähigkeiten nur in eingeschränkten Aktivitäten  
(wäscht mit Anleitung das Geschirr, so dass es annehmbar sauber ist; deckt den Tisch)
- Zeigt bei einigen Aktivitäten Selbständigkeit  
(benutzt Haushaltsgeräte, z.B. einen Staubsauger, bereitet einfache Mahlzeiten zu)
- Kann normale Aktivitäten durchführen, allerdings nicht auf normalem Niveau
- Normale Fähigkeiten bei normalen Aktivitäten

**WICHTIG:**

Sind genug Angaben verfügbar, um den Beeinträchtigungsgrad des Patienten/der Patientin im HAUSHALT und bei HOBBYS zu beurteilen?

**Wenn nicht, fragen Sie bitte weiter nach.**

Aufgaben im Haushalt: z.B. Kochen, Wäsche machen, sauber machen, Lebensmittel einkaufen, Müll wegbringen, Gartenarbeit, kleinere Reparaturen im Haushalt.

Hobbys: Nähen, Malen, Handarbeiten, Lesen, Gäste haben, Fotografieren, Gartenarbeit, ins Theater oder in ein Konzert gehen, Holzarbeiten, Sport.

CENTER	SUBJECT ID												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
DATE OF VISIT													
<table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> dd			- <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MMM				- <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> yyyy						

Visit:

---

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 6 of 9

**Fragen zur Körperpflege an die befragte Person**

\* Wie schätzen Sie seine/ihre Fähigkeiten in den folgenden Bereichen ein:

	Ohne Hilfe	Knöpft gelegentlich falsch zu, usw.	Falsche Reihenfolge, vergisst oft Kleidungsstücke	Kann sich nicht anziehen
A. Anziehen (The Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3
	Ohne Hilfe	Muss aufgefordert werden	Benötigt manchmal Hilfe	Benötigt immer oder fast immer Hilfe
B. Waschen, Körperpflege	0	1	2	3
	Sauber; benutzt das entsprechende Besteck	Unsauber; Löffel	Einfache feste Nahrung	Muss vollständig gefüttert werden
C. Essgewohnheiten	0	1	2	3
	Normale, vollständige Kontrolle	Nässt gelegentlich das Bett ein	Nässt häufig das Bett ein	Sowohl Harn- als auch Stuhlinkontinenz
D. Schließmuskelkontrolle (The Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3

---

\* Wenn die Körperpflege des Patienten/der Patientin im Vergleich zu früher beeinträchtigt ist, kann ein Wert von 1 in Frage kommen, auch wenn der Patient/die Patientin keine Aufforderung benötigt.

CENTER	SUBJECT ID												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
DATE OF VISIT													
<table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> dd			- <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MMM				- <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> yyyy						

Visit: \_\_\_\_\_

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

**Fragen zum Gedächtnis an den Patienten/die Patientin**

1. Haben Sie Probleme mit dem Gedächtnis oder mit dem Denken?  Ja  Nein
  
2. Vor einigen Minuten erzählte mir Ihr/e (Partner/in, etc.) von einigen Erlebnissen, die Sie kürzlich hatten. Könnten Sie mir etwas darüber erzählen? (Fragen Sie nach Details, wenn nötig, wie etwa dem Ort des Geschehens, der Tageszeit, Beteiligten, wie lange das Ereignis dauerte, wann es zu Ende war und wie der Patient/die Patientin und andere Beteiligte dorthin kamen.)

Innerhalb einer Woche:

1.0 - größtenteils richtig	
0.5	
0.0 - größtenteils nicht richtig	

Innerhalb eines Monats:

1.0 - größtenteils richtig	
0.5	
0.0 - größtenteils nicht richtig	

3. Ich möchte Sie jetzt bitten, sich einen Namen und eine Adresse für ein paar Minuten zu merken. Wiederholen Sie bitte so, wie ich es Ihnen vorschreibe: (Wiederholen Sie beides, bis es richtig wiederholt wurde, oder bis zu maximal drei Versuchen.)

Elemente	1	2	3	4	5
Hans		Müller,	Am Markt	42	Hamburg
Hans		Müller,	Am Markt	42	Hamburg
Hans		Müller,	Am Markt	42	Hamburg

(Unterstreichen Sie die Elemente, die bei jedem Versuch richtig wiedergegeben wurden).

4. Wann wurden Sie geboren? \_\_\_\_\_
5. Wo wurden Sie geboren? \_\_\_\_\_
6. Welche Schule haben Sie zuletzt besucht?  
 Name \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_
7. Was war Ihr Hauptberuf (oder der des Partners/der Partnerin, falls nicht berufstätig)? \_\_\_\_\_
8. Was war Ihre letzte hauptsächliche Anstellung/Arbeit (oder die des Partners/der Partnerin, falls nicht berufstätig)? \_\_\_\_\_
9. Wann gingen Sie (oder der Partner/die Partnerin) in den Ruhestand und warum? \_\_\_\_\_

10. Wiederholen Sie bitte den Namen und die Adresse, die Sie sich merken sollten:

Elemente	1	2	3	4	5
Hans		Müller,	Am Markt	42	Hamburg

**(Unterstreichen Sie die Elemente, die richtig wiedergegeben wurden.)**

CENTER				SUBJECT ID									
DATE OF VISIT													
				-					-				
dd		MMM				yyyy							

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 8 of 9

**Fragen zum Orientierungsvermögen an den Patienten/die Patientin:**

Tragen Sie die Antwort des Patienten/der Patientin für jede Frage wortwörtlich ein.

1. Welches Datum haben wir heute?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

2. Welcher Wochentag ist heute?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

3. Welchen Monat haben wir?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

4. Welches Jahr haben wir?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

5. Wo sind wir hier?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

6. In welcher Stadt sind wir hier?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

7. Wie spät ist es?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_

8. Weiß der Patient/die Patientin, wer die befragte Person ist  
(nach Ihrer Einschätzung)?

Richtig  Falsch

\_\_\_\_\_



CENTER				SUBJECT ID										
DATE OF VISIT		-		-										
dd		MMM		yyyy										

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING WORKSHEET:**

Page 9 of 9

**Fragen zum Urteilsvermögen und zur Problembewältigung an den Patienten/die Patientin:**

Anleitung: Wenn die erste Antwort eine Bewertung mit 0 nicht rechtfertigt, fragen Sie nach, um zu erkennen, inwieweit der Patient/die Patientin das Problem versteht. Kreuzen Sie die zutreffendste Antwort an.

**Ähnlichkeiten:**

Beispiel: "Worin gleichen sich ein Bleistift und ein Kugelschreiber?" (Schreibwerkzeuge)  
"Worin gleichen sich die folgenden Dinge?" Antwort des Patienten/der Patientin

- Möhre....Blumenkohl \_\_\_\_\_  
(0 = Gemüse)  
(1 = essbare Nahrungsmittel, Pflanzen, kann man kochen, etc.)  
(2 = antwortet nicht zum Thema; Unterschiede; man kann sie kaufen)
- Schreibtisch .... Regal \_\_\_\_\_  
(0 = Möbel, Büromöbel; in beide kann man Bücher stellen)  
(1 = sind aus Holz)  
(2 = nicht zum Thema, Unterschiede)

**Unterschiede:**

Beispiel: "Was ist der Unterschied zwischen Zucker und Essig?" (süß und sauer)  
"Worin besteht der Unterschied zwischen folgenden Dingen?"

- Lüge .... Fehler \_\_\_\_\_  
(0 = eins ist Absicht, eins unbeabsichtigt)  
(1 = eins ist schlecht, das andere gut; oder erklärt nur eins von beiden)  
(2 = irgend etwas anderes, Ähnlichkeiten)
- Fluss .... Kanal \_\_\_\_\_  
(0 = natürlich - künstlich)  
(2 = irgend etwas anderes)

**Rechnen:**

- Wie viele 5-Cent-Stücke sind ein Euro?  Richtig  Falsch
- Wie viele 50-Cent-Stücke sind 15,50 Euro?  Richtig  Falsch
- Ziehen Sie 3 von 20 ab und ziehen Sie weiter immer wieder 3 ab, bis es nicht mehr weiter geht.  Richtig  Falsch

**Urteilsvermögen:**

- Sie kommen in einer fremden Stadt an und möchten herausfinden, wo ein Freund von Ihnen wohnt, den Sie sehen möchten. Was tun Sie?  
(0 = versuche es mit dem Telefonbuch, dem Adressbuch, frage in der Stadtverwaltung nach; rufe einen gemeinsamen Freund an)  
(1 = rufe die Polizei, rufe die Auskunft an (gibt normalerweise keine Adressen))  
(2 = keine klare Antwort)
- Wie beurteilt der Patient/die Patientin seine Behinderung und seine Stellung im Leben und inwieweit versteht er/sie, warum er/sie bei dieser Untersuchung ist (Ihrer Meinung nach, auch wenn dieser Bereich bereits gefragt wurde):  
 Zeigt gute Einsicht  Zeigt teilweise Einsicht  Zeigt wenig Einsicht

CENTER				SUBJECT ID									
DATE OF VISIT													
dd		MMM			yyyy								

Visit:

**CLINICAL DEMENTIA RATING - SCORESHEET:**

Page 1 of 2

Date of Assessment:  
 (dd-MMM-yyyy)     -  -

Start Time:  
 (24 hour clock)     -

Rater ID:   

Rater Signature: \_\_\_\_\_

**ANLEITUNG:** Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen für die Beeinträchtigungsbewertung an. Geben Sie für jede Kategorie nur eine Antwort an.

Globaler  
 CDR-Wert: \_\_\_\_\_

**1. GEDÄCHTNIS**

- (0) KEINE DEMENZ - Kein Gedächtnisverlust oder leichte, nicht ständig auftretende Vergesslichkeit
- (0.5) DIAGNOSE UNKLAR ODER VERTAGT - Beständige leichte Vergesslichkeit; teilweise Erinnerung an Ereignisse; "gutartige" Vergesslichkeit
- (1) LEICHTE DEMENZ - Mäßiger Gedächtnisverlust; auffälliger bei kurz zurückliegenden Ereignissen; Defekt beeinträchtigt Alltagsaktivitäten
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Schwerer Gedächtnisverlust; nur sehr gut Gelerntes wird behalten, neue Informationen gehen schnell wieder verloren
- (3) SCHWERE DEMENZ - Schwerer Gedächtnisverlust; es bleiben nur Fragmente

**2. ORIENTIERUNGSVERMÖGEN**

- (0) KEINE DEMENZ - Vollständig orientiert
- (0.5) DIAGNOSE UNKLAR ODER VERTAGT - vollständig orientiert, nur leichte Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen
- (1) LEICHTE DEMENZ - Mäßige Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen; am Untersuchungsort räumlich orientiert; kann aber woanders Probleme mit der geographischen Orientierung haben
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Große Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen; normalerweise keine zeitliche Orientierung, oft auch keine räumliche
- (3) SCHWERE DEMENZ - Ist nur zur eigenen Person orientiert

**3. URTEILSVERMÖGEN UND PROBLEMBEWÄLTIGUNG**

- (0) KEINE DEMENZ - Löst alltägliche Probleme gut: Urteilsvermögen verglichen mit früherer Leistungsfähigkeit gut
- (0.5) DIAGNOSE UNKLAR ODER VERTAGT - Nur leicht beeinträchtigt beim Lösen von Problemen und beim Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden
- (1) LEICHTE DEMENZ - Mäßige Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Problemen und im Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden; soziale Urteilsfähigkeit normalerweise erhalten
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Stark beeinträchtigt bei der Bewältigung von Problemen und im Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden; soziale Urteilsfähigkeit normalerweise beeinträchtigt
- (3) SCHWERE DEMENZ - Unfähig etwas zu beurteilen oder Probleme zu bewältigen

**4. LEBEN IN DER GEMEINSCHAFT**

- (0) KEINE DEMENZ - Normale Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit bei der Arbeit, beim Einkaufen, in geschäftlichen und finanziellen Angelegenheiten, in ehrenamtlichen Tätigkeiten und bei Aktivitäten mit anderen
- (0.5) DIAGNOSE UNKLAR ODER VERTAGT - Leichte Beeinträchtigung dieser Aktivitäten
- (1) LEICHTE DEMENZ - Kann bei diesen Aktivitäten nicht selbständig etwas leisten, auch wenn er diese zum Teil noch ausübt; erscheint bei flüchtiger Betrachtung normal
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Gibt nicht vor, außerhalb von zu Hause selbständig leistungsfähig zu sein. Erscheint nach außen gesund genug, um ihn/sie zu Festlichkeiten außerhalb von zu Hause mitzunehmen
- (3) SCHWERE DEMENZ - Gibt nicht vor, außerhalb von zu Hause selbständig leistungsfähig zu sein. Erscheint nach außen zu krank, um ihn/sie zu Festlichkeiten außerhalb von zu Hause mitzunehmen

CENTER				SUBJECT ID										
DATE OF VISIT														
				-					-					
dd		MMM				yyyy								

Visit:

---

**CLINICAL DEMENTIA RATING - SCORESHEET:**

Page 2 of 2

**5. HAUSHALT UND HOBBYS**

- (0) KEINE DEMENZ - Das Leben zu Hause, Hobbys, intellektuelle Interessen sind gut erhalten
- (0.5) DIAGNOSE UNKLAR ODER VERTAGT - Das Leben zu Hause, Hobbys, intellektuelle Interessen sind ein wenig beeinträchtigt
- (1) LEICHTE DEMENZ - Leichte aber eindeutige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu Hause; schwierigere Aufgaben werden nicht mehr ausgeführt; kompliziertere Hobbys und Interessen werden aufgegeben
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Nur einfache Aufgaben werden aufrechterhalten; stark eingeschränkte Interessen, schlecht aufrechterhalten
- (3) SCHWERE DEMENZ - Keine nennenswerte Leistungsfähigkeit zu Hause

---

**6. KÖRPERPFLEGE**

- (0) KEINE DEMENZ - Vollständig in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern
- (1) LEICHTE DEMENZ - Muss aufgefordert werden
- (2) MITTELSCHWERE DEMENZ - Benötigt Hilfe beim Anziehen, bei der Körperpflege, bei der Aufbewahrung persönlicher Gegenstände
- (3) SCHWERE DEMENZ - Benötigt viel Hilfe bei der Körperpflege; häufig inkontinent

---

Reprinted with permission. The Clinical Dementia Rating (CDR) is a copyrighted instrument of the Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri, USA. All rights reserved.