

## X Dokumentationsbogen

Alexandra Biermann Dokumentation „Circadiane Rhythmik von Hirninfarkten“ Seite 1

### DOKUMENTATIONSBOGEN

#### „Circadiane Rhythmik und Triggermechanismen von Schlaganfällen“

Dokumentationsnummer: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Interviewdatum: \_\_. \_\_. \_\_

Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_. \_\_. \_\_

Geschlecht: m  w

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Eigenanamnese: ja  nein

Fremdanamnese → Angehörige

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

<b>Sozialanamnese</b>
-----------------------

**Familienstand**

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- keine Angabe

**Wohnsituation**

- Allein
- Partner/ Angehörige
- Heim/ Institution
- keine Angabe

**Arbeitssituation**

- berufstätig
- arbeitslos
- Hausfrau/ -mann
- in Ausbildung
- Reguläre Rente
- Frühzeitige Rente
- keine Angabe

**Höchster Schul- bzw. Hochschulabschluß**

- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Abitur, Fachabitur
- Fachhochschule/ Universität
- Sonstiger Abschluß:
- keine Angabe

**Genauere Berufsbezeichnung****Stellung im Beruf**

- Arbeiter
- Angestellter
- Beamter
- Selbständiger
- noch nie berufstätig gewesen
- keine Angabe

**Höchster berufsbildender Abschluß**

- Kein Abschluß
- Berufsschule (Lehre)
- Fachschule, Techniker-, Meisterschule
- Ingenieur-Schule, Polytechnikum
- Sonstiger Abschluß
- keine Angabe

<b>Kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und Risikofaktoren für Schlaganfälle</b>
---

- Herzinfarkt
- Vorhofflimmern

**Relevante Herzklappenfehler links**

- Aortenstenose
- Aorteninsuffizienz
- Mitralklappenstenose
- Mitralklappeninsuffizienz

- Arterieller Hypertonus

**Diabetes mellitus**

- Diät
  - Tabletten
  - Insulin
  
  - Nikotin
  - periphere arterielle Verschlusskrankheit
  - Antikonceptiva
  - Anderes:
-

<b>Schlaganfallsanamnese (vorangegangene Ereignisse)</b>
--

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?     nein     ja

Wann hatten Sie vorangegangene Schlaganfälle?  
(mm/jj)

\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_

**Bewußtseinsstörung**

- keine
- schläfrig
- stuporös
- komatös

**Empfindungsstörung**

- leicht
- schwer

**Blindheit/ Gesichtsfelddefekte**

**Lähmungen**

- leicht
- mittelschwer
- schwer

**Doppelbilder**

**Koordinationsstörung**

**Aphasie**

**Kopfschmerz, akut**

<b>Schlaganfallsanamnese (aktuelles Ereignis)</b>
---

**Bewußtseinsstörung**

- keine
- schläfrig
- stuporös
- komatös

**Empfindungsstörung**

- leicht
- schwer

**Blindheit/ Gesichtsfelddefekte**

**Lähmungen**

- Leicht
- mittelschwer
- Schwer

**Doppelbilder**

**Koordinationsstörung**

**Aphasie**

**Kopfschmerz, akut**

### Störungsbeginn

 **nicht bekannt**

Sofern genauer Störungsbeginn **nicht bekannt**, wann bestand Störung sicher noch nicht?

Uhrzeit: \_\_\_\_ \_\_\_\_ (0-24 Uhr)

Datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Wochentag: Mo Di Mi Do Fr Sa So

 keine Angabe

 **bekannt**

Bei **genau** bekanntem Störungsbeginn, wann und wo trat die Störung auf?

Uhrzeit: \_\_\_\_ \_\_\_\_ (0-24 Uhr)

Datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Wochentag: Mo Di Mi Do Fr Sa So

 keine Angabe

**Trat die Störung während des Schlafes auf?**

- Nein  
 Nachtschlaf  
 Mittagsschlaf  
 keine Angabe

**Ort**

- Belebter öffentlicher Platz  
 Unbelebter öffentlicher Platz  
 Abgeschlossener Raum/ Ort  
 Krankenhaus/ Heim

genaue Ortsangabe: \_\_\_\_\_

 keine Angabe

### Üblicher Tagesablauf des Patienten

**Durchschnittliche tägliche Arbeitszeit:**

\_\_:\_\_ Stunden

**Übliche Arbeitszeit:**

\_\_:\_\_ Uhr Beginn

\_\_:\_\_ Uhr Ende

**Schichtdienst:**

- Nein  
 8-Stunden-Schichten  
 12-Stunden-Schichten

**Wann gehen Sie werktags gewöhnlich ins Bett?**

\_\_:\_\_ Uhr

**Wann gehen Sie am Wochenende oder im Urlaub ins Bett?**

\_\_:\_\_ Uhr

**Wieviel Zeit brauchen Sie nach dem Ins-Bett-Gehen bis zum Einschlafen?**

\_\_:\_\_ Stunden

**Wieviele Stunden schlafen Sie nachts (ohne die Zeit, in der Sie wach sind)?**

\_\_:\_\_ Stunden

**Wie häufig wachen Sie nachts auf?**

\_\_\_\_\_ mal

**Was machen Sie, wenn Sie nachts aufwachen?**

- ruhig liegenbleiben  
 liegenbleiben, z. B. Lesen...  
 Aufstehen, z. B. zu Toilette gehen...  
 \_\_\_\_\_

**Wenn Sie aufwachen, ist das eher in der 1. Hälfte oder/ und in der 2. Hälfte der Nacht?**

1. Hälfte  
 2. Hälfte

**Wann stehen Sie werktags auf?**

\_\_:\_\_ Uhr

**Wann fühlen Sie sich wach und frisch am Werktag?**

\_\_:\_\_ Uhr



**War der Tagesablauf am Tag des Schlaganfalls wesentlich anders als sonst? Wenn ja, inwiefern?**

- nein
- ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Wann sind Sie am Störungstag aufgewacht?**

\_\_:\_\_ Uhr

**Wann sind Sie am Störungstag aufgestanden?**

\_\_:\_\_ Uhr

**Was haben Sie beim Einsetzen der Störung gemacht?**

- geschlafen (Alpträume?)
- ruhig gelegen
- ruhig gesessen (Lesen, Schreiben, Fernsehen, Kaffeetrinken etc.) (psych. Aufregung?)
- light AMI:** normale Aktivität (Gehen, leichte Hausarbeit, Treppensteigen ohne Anstrengung, Einkaufen ohne schweres Tragen, Körperpflege)
- moderate AMI:** mittelschwere Aktivität (schnelles Gehen, Tanzen, Gymnastik, gemütliches Fahrradfahren)
- heavy AMI:** schwere Aktivität (Rennen, anstrengender Sport, schnelles Fahrradfahren, Renovieren, schwere handwerkliche Tätigkeit)

**Genauere Bezeichnung der Tätigkeit**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wann haben Sie am Störungstag Ihre Mahlzeiten eingenommen?**

\_\_:\_\_ Uhr Frühstück    \_\_:\_\_ Abendessen

\_\_:\_\_ Uhr Mittag        \_\_:\_\_ Spätmahlzeit

\_\_:\_\_ Uhr Kaffee         unregelmäßig

**Welches war die letzte Mahlzeit vor der (neuen) Störung?**

- Frühstück             Abendessen
- Mittag                 Spätmahlzeit
- Kaffee                 unregelmäßig

**Besondere Lebensumstände**

	< 24 Std.	< 4 Wochen
<input type="checkbox"/> Tod in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tod eines Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Partnerwechsel/ Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Träume/ Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsstress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschlußdiagnose**

- TIA
- RIND
- minimaler Hirninfarkt
- ausgedehnter Hirninfarkt
- intracerebrale Blutung
- SAB
- Schlaganfall ohne nähere Angabe

**CT-gesichert?**

- ja
- nein

kein Schlaganfall