

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders

Datum	
Uhrzeit	
Initialen	
Patientennr.	

Vom Patienten auszufüllender Fragebogen

Bitte umranden Sie die richtige Antwort.

Erst werden einige allgemeine Fragen gestellt. Danach folgen einige Fragen zu Ihrem Befinden.

Beachten Sie bitte den Zeitpunkt, der bei jeder Frage genannt wird.

Wenn eine Frage nicht auf Sie zutreffend ist, bitte die Antwort “nicht zutreffend” umranden

Allgemeine Fragen

Sind Sie im Besitz einer Zahnprothese?

ja nein

Wenn ja, tragen Sie sie in diesem Moment?

ja nein nicht zutreffend

Wenn ja, finden Sie, dass sie schlecht passt?

ja nein nicht zutreffend

Haben Sie in diesem Moment vermehrten Speichelfluss?

ja nein

Haben Sie in diesem Moment einen trockenen Mund?

ja nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Befinden in diesem Moment. Unter “diesem Moment” verstehen wir, wie Sie sich heute, jetzt gerade fühlen.

Fühlen Sie sich bedrückt?

ja nein

Fühlen Sie sich ängstlich?

ja nein

Fühlen Sie sich müde?

ja nein

Fühlen Sie sich unruhig?

ja nein

Haben Sie in diesem Moment das Bedürfnis, die Beine zu bewegen?

ja nein

Haben Sie in diesem Moment das Bedürfnis, aufzustehen und auf

ja nein

und ab zu gehen?

Stört Sie diese Unruhe in diesem Moment?
(die richtige Antwort bitte ankreuzen)

- ☐ nicht zutreffend (ich fühle mich nicht unruhig)
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ sehr wenig
- ☐ etwas
- ☐ ziemlich
- ☐ sehr stark

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Befinden in der vergangenen Woche.

Litten Sie in der vergangenen Woche unter: schwerer Müdigkeit?

ja nein

Litten Sie in der vergangenen Woche unter: trägen Bewegungen?

ja nein

Litten Sie in der vergangenen Woche unter: steifen Muskeln?

ja nein

Litten Sie in der vergangenen Woche unter: einem Drang sich zu
bewegen?

ja nein

Eine unwillkürliche Bewegung ist eine Bewegung (von z.B. Arm oder
Bein), die ungewollt zu Stande kommt Litten Sie in der vergangenen
Woche unter: unwillkürlichen Bewegungen?

ja nein

Litten Sie in der vergangenen Woche unter: Muskelkrämpfen?

ja nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Befinden in den letzten vier Wochen.

Kam es vor, dass Sie plötzlich nur schwer oder gar nicht sprechen
konnten?

ja nein

Wenn ja, wie oft kam dies in den vergangen vier Wochen vor?

Kam es vor, dass Sie plötzlich nur schwer oder gar nicht schlucken
konnten?

ja nein

Wenn ja, wie oft kam dies in den vergangen vier Wochen vor ?

Anmerkung: Der Forscher muss erklären, welche Erscheinungen gemeint werden und sich davon überzeugen, dass der Patient dies richtig verstanden hat. Die Antworten dieses Fragenbogen sind letztendlich entscheidend beim Scoren.

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of
Drug-Induced Movement Disorders

Datum	
Uhrzeit	
Initialen	
Patientennr	

SCHREIBTEST

Bitte schreiben Sie Ihre Initialen zwischen die
beiden Linien

Bitte schreiben Sie die folgenden Sätze zwischen die Linien:

Kommt ein Vogel geflogen,
setzt sich nieder auf mein Fuß,
hat ein Zettel im Schnabel,
von der Mutter ein' Gruß.

Schreiben Sie die Sätze bitte noch einmal

Kommt ein Vogel geflogen,
setzt sich nieder auf mein Fuß,
hat ein Zettel im Schnabel,
von der Mutter ein' Gruß.

Schreiben Sie die Sätze bitte ein drittes Mal

Kommt ein Vogel geflogen,
setzt sich nieder auf mein Fuß,
hat ein Zettel im Schnabel,
von der Mutter ein' Gruß.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.