

Anmeldung für die Parkinson – Komplextherapie

Fragebogen für Ärzt:innen

Patienten Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft: _____

Telefonnummer: _____

Angehörige / Telefonnummer: _____

Diagnosen: (bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

Parkinson-Krankheit rechts-/links-betont, H&Y _____,

ED _____

Atypisches Parkinsonsyndrom, V.a. _____

Sekundäres Parkinsonsyndrom, V.a. _____

- Mit dementieller Entwicklung Dysphagie / Dysarthrie
- Halluzinationen Wirkungsfluktuationen / Freezing
- Depression/Angst Dyskinesien

Relevante Komorbiditäten: _____

Selbstständigkeit: Pflegegrad: _____

Bisherige Mobilität: Mobil (ggf. mit Hilfsmitteln: Rollstuhl Rollator / Gehstöcke)
 Bettlägerig

Den **aktuellen Medikamentenplan** bitte beifügen.
 Relevante Vorunterlagen / Arztberichte / Untersuchungsergebnisse bitte beifügen.

Postadresse:
 SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
 Sekretariat für Schmerz- und
 Parkinson Komplextherapie
 Guttmanstraße 1
 76307 Karlsbad
Per Fax an: 07202/616131
E-Mail: parkinsontherapie.kkl@srh.de

Datum, Unterschrift

Stempel