

Fragebogen

für die Anmeldung zu Parkinson – Komplextherapie



Beteiligt am Ausfüllen: Patient Betreuungsperson Patient + Betreuungsperson

Frage	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	leicht	mittel	stark	sehr stark
Sind Ihre Bewegungen langsamer oder steifer geworden?					
Hat sich ihr Gehen verändert (z.B. kleine Schritte o.a.)?					
Haben Sie Gleichgewichtstörungen beim Gehen?					
Kommt es vor, dass Sie beim Gehen plötzlich „wie eingefroren“ oder „wie angewurzelt“ stehenbleiben müssen und nicht weitergehen können?					
Haben Sie tageszeitliche Schwankungen der Beweglichkeit?					
Haben Sie Schwierigkeiten, sich im Bett umzudrehen?					
Haben Sie Zittern der Hände, der Beine oder des Kopfes?					
Haben Sie Schwierigkeiten beim Aufstehen aus dem Bett/Sessel?					
Haben Sie Schwierigkeiten beim Sprechen?					
Sind Sie in Gesprächssituationen (Gesprächsrunden, Telefon) schlechter zu verstehen als früher?					
Haben Sie vermehrt Speichelfluss? Verschlucken Sie sich häufig am Speichel?					
Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken? Verschlucken Sie sich beim Essen oder Trinken?					
Verzichten Sie in letzter Zeit auf bestimmte Speisen (z.B. krümelige, körnige oder trockene Bestandteile)?					
Haben Sie Probleme beim Essen (z.B. Schwierigkeiten beim Gebrauch von Gabel, Messer, Löffel)?					
Haben Sie Probleme beim An- und Ausziehen (z.B. bei Knöpfen oder Reißverschlüssen)?					
Haben Sie Schwierigkeiten bei der Durchführung der Körperpflege?					

Hat sich Ihr Schriftbild verändert?					
Haben Sie Probleme beim Ausüben Ihrer Hobbies?					
Haben Sie Schmerzen, Missempfindungen, Kribbeln oder Muskelkrämpfe?					
Haben Sie einen starken, häufigen Harndrang oder unwillkürlichen Harnverlust?					
Leiden Sie unter Verstopfung?					
Fühlen Sie sich beim Aufstehen, im Sitzen oder Liegen kraftlos, benommen oder schwindelig?					
Hat Ihr Geruchs- oder Geschmacksinn nachgelassen?					
Haben Sie regelmäßig Probleme, Sich zu konzentrieren oder Dinge zu erinnern?					
Hören oder sehen Sie manchmal Dinge, die Ihnen seltsam oder unwirklich vorkommen oder Ihnen Angst machen?					
Ist Ihre Stimmung niedergeschlagen?					
Haben Sie Angstzustände oder Panikattacken?					
Fühlen Sie sich unentschlossen oder lustlos, etwas zu unternehmen oder unter Menschen zu sein?					
Spüren Sie wiederholt einen ungewöhnlich starken Impuls o. Drang, der schwer zu kontrollieren ist?					
Haben Sie Probleme, ein- oder durchzuschlafen?					
Haben Sie Probleme damit, tagsüber wach zu bleiben?					

Ort, Datum

Unterschrift

Postadresse:

SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
 Sekretariat für Schmerz- und Parkinson Komplextherapie
 Guttmanstraße 1
 76307 Karlsbad

Per Fax an: 07202 61 – 6131