Fragebogen für Parkinson-Patienten

Name

Geburtsdatum

Bitte kreuzen Sie an, ob eines dieser Symptome innerhalb der letzten 4 Wochen bei Ihnen aufgetreten ist bzw. ob dies auf Sie zutrifft.	Ja	Nein
1. Hat Ihr Geruchs- oder Geschmackssinn nachgelassen?		
2. Hat sich Ihr Gewicht geändert?		
3. Haben Sie Probleme mit Magen oder Darm (Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall, Darminkontinenz etc.)?		
4. Bestehen Probleme beim Wasserlassen (plötzlicher Harndrang, Blasenentleerungs-störungen, nächtlicher Harndrang, Harninkontinenz etc.)?		
5. Haben Sie Störungen des Sexualverhaltens bemerkt (Libido-/Potenzstörungen)?		
6. Bestehen Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, lebhafte/ beängstigende Träume etc.)?		
7. Leiden Sie unter vermehrter Tagesmüdigkeit oder plötzlichem Einschlafen am Tage?		
8. Haben Sie Probleme, sich zu erinnern, oder vergessen Sie, Dinge zu erledigen?		
9. Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder mit Ihrer Aufmerksamkeit?		
10. Ist Ihnen häufiger schwindelig beim Aufstehen oder haben Sie einen niedrigen Blutdruck?		
11. Sind Sie gestürzt?		
12. Haben Sie geschwollene Beine oder Knöchel?		
13. Sind Sie häufig traurig oder niedergeschlagen?		
14. Sind Sie ängstlich oder panisch?		
15. Haben Sie das Interesse an gewohnten Aktivitäten verloren?		
16. Haben Sie eine oder mehrere dieser Veränderungen bemerkt: • häufigeres oder mehr Geldausgeben als früher? • vermehrtes Interesse an Glücksspiel? • vermehrtes sexuelles Interesse oder sogenannte Essattacken?		
17. Sehen oder hören Sie Dinge, von denen Sie wissen oder gesagt bekommen, dass diese nicht da sind?		
18. Haben Sie Schmerzen (ohne bekannte Ursache)?		
Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin. Vielen Dank!		

213220, Stand: 05/2018

Ein Service von DESITIN – Fragebogen erstellt mit freundlicher Unterstützung von Prof. J. Schwarz, Haag.
www.desitin.de

DESITIN SUCCESS IN CNS