Vorbereitungsliste für Ihre nächsten Arzt- und Therapiebesuche

Parkinson

Sehr geehrte Parkinson-Betroffene, sehr geehrte Angehörige!

Für Besuche beim Arzt oder Therapeuten ist es wichtig, dass Sie so gut wie möglich Ihr Krankheitsbild beschreiben können. Dazu wurde in einem Arbeitskreis diese Checkliste für Parkinson-Erkrankte entworfen. Denn je besser Sie Ihr Krankheitsbild beschreiben können, desto besser können Therapien auf Ihre Person abgestimmt werden.
Diese Liste wurde nicht von Wissenschaftlern erarbeitet, sondern von Betroffenen, Angehörigen und den verschiedenen Professionen des Gesundheitswesens, die sich mit dem Krankheitsbild Parkinson oder atypische Parkinson-Syndrome (APS) beschäftigen. Diese Liste können Sie bei Ihrem nächsten Arzt- oder Therapiebesuch vorlegen und als Gesprächsgrundlage nutzen. Wir empfehlen, für jeden neuen Arzt- und Therapietermin jeweils eine neue Vorbereitungsliste auszufüllen.

Medikamente: (Tabletten, Salben, Spritzen, Infusionen)
Bitte die Einnahme Ihrer Medikamente hier eintragen:

Name des Medikaments	**Uhrzeit**								
	06	08	10	12	14	16	18	20	22

Symptome:
Bitte bewerten Sie die Häufigkeit Ihrer Symptome auf einer Skala von <1> bis <5> (1 = selten, 2 = gelegentlich, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig) und tragen Sie den jeweiligen Wert bei der entsprechenden Uhrzeit ein, wann immer diese auftreten. Sollten Symptome dauernd vorhanden sein, dann kennzeichnen Sie diese bitte mit einem < * >.
Bitte beschreiben Sie unter Sonstiges Ihre jeweiligen Symptome oder fügen Sie weitere Symptome in dieses Feld hinzu.

Bewegung	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Gleichgewichtsstörungen / Schwindel												
Kleine Handschrift												
Krämpfe in den Beinen												
Starke Überbewegungen												
Starthemmungen / plötzliches „Einfrieren“ der Beine / der Bewegungen (Freezing)												
Steifheit (Rigor)												
Stürze / unvorhersehbare Stürze nach vorn / hinten, zur Seite												
Unruhige Beine												
Verändertes Gangbild (kleinschrittig, schlurfend, tippelschrittig)												
Zittern (Tremor)												
Koordinationsstörungen (Apraxie)												
Sonstiges												

Magen-Darm, Blase	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Blasenstörungen												
Harninkontinenz (Bitte unter Sonstiges beschreiben)												
Häufiger nächtlicher Toilettengang (Nykturie)												
Durchfall / Verstopfung (Diarrhö / Obstipation)												
Speichelverlust, stark (Hypersalivation)												
Schluckstörungen bei Flüssigkeit (Dysphagie)												
Schluckstörungen bei fester Nahrung / Tabletten (Dysphagie)												
Würgen												
Erbrechen / Übelkeit												
Sonstiges												

Schlafen / Ruhen	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Atemstörungen (Dyspnoe)												
Lebhafte Träume												
Schlaflosigkeit (Insomnie)												
Schläfrigkeit am Tag / plötzliches Einschlafen am Tag (Bitte unter Sonstiges beschreiben)												
Unruhige Bewegungen												
Nächtliche Halluzinationen (Bitte unter Sonstiges beschreiben, was Sie sehen.)												
Sonstiges												

Sinneswahrnehmungen	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Geschmacksverlust (Ageusie)												
Riechstörungen oder –verlust (Dysosmie)												
Sehstörungen – Sehen von Doppelbildern (Diplopie)												
Bewegungseinschränkungen der Augen												
Lidkrampf der Augen, Augen können nicht mehr geöffnet werden (Blepharospasmus)												
Lichtempfindliche Augen (Schmerzen, Tränen)												
Kribbeln												
Sensibilitätsstörungen in den Händen / Beinen / Füßen (Polyneuropathie)												
Sonstiges												

Psyche / Gedächtnis	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Teilnahmslosigkeit / Antriebsgemindert (Apathie)												
Angst / Angstattacken (Wodurch werden Ängste ausgelöst? Bitte unter Sonstiges beschreiben.)												
Depression												
Demenz												
Halluzinationen												
Verwirrtheit												
Vergesslichkeit												
Wahnvorstellungen												

Sonstiges

Andere nicht motorische Symptome / Medikamentös bedingte Veränderungen	**Uhrzeit**											
	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Gewichtszunahme / Gewichtsverlust												
Medikamentös bedingte Veränderungen												
Gesteigerter Kaufzwang												
Gesteigerte Spielsucht												
Gesteigertes sexuelles Verlangen												
Koordinationsstörungen												
Veränderungen bei einem Tiefenhirnstimulator												
Augen können nicht offen gehalten werden												
Veränderte Sprache												
Impotenz / Erektionsstörungen												
Schuppige, gerötete Haut												
Salbengesicht / Maskengesicht												
Sprachschwierigkeiten												
Verwaschene Aussprache												
Sonstiges												