

Symptom- Dokumentationsbogen

zur Unterstützung des Arztgesprächs

----- Patientenname

Je besser Sie das Gespräch mit Ihrem Arzt vorbereiten, desto effektiver kann Ihnen Ihr Arzt helfen. Gehen Sie daher bitte vor Ihren nächsten vier Arztbesuchen die folgenden Fragen durch und halten Sie Ihr Befinden der letzten Zeit fest. So bekommt Ihr Arzt, ergänzend zur gründlichen Anamnese, einen guten Überblick über Ihre Parkinson-Symptome.

Arztbesuch:	1	2	3	4
Datum:				

1. Wie beeinflusst die Parkinson-Erkrankung Ihren Nachtschlaf?

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen	Arztbesuch			
	1	2	3	4
Ich schlafe eher gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Probleme durchzuschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verspüre oft ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln, wenn ich nachts aufwache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache nachts öfter durch Muskelkrämpfe auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wie steht es um Ihre Beweglichkeit am frühen Morgen?

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen	Arztbesuch			
	1	2	3	4
Ich wache meist ohne Beschwerden auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache oft mit Schmerzen in Armen und Beinen auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich zittere manchmal, wenn ich aufwache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft schlecht beweglich, wenn ich aufwache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Wie schätzen Sie Ihre Beweglichkeit ein?

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen	Arztbesuch			
	1	2	3	4
Ich bin gut beweglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Beweglichkeit schwankt über den Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin manchmal überbeweglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft schlecht beweglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Wie kommen Sie mit Ihren täglichen Aktivitäten (Hausarbeit, Freizeitaktivitäten) zurecht?

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen	Arztbesuch			
	1	2	3	4
Ich habe keine Probleme, meine täglichen Aktivitäten zu verrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Probleme, meine täglichen Aktivitäten zu verrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin unfähig, meine täglichen Aktivitäten zu verrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie ist Ihre Stimmung?

Arztbesuch

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen

	1	2	3	4
Ich bin meistens guter Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin manchmal niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine Lust, Dinge zu tun, die mir früher Freude bereitet haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin häufig deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wie ist Ihr körperliches Wohlbefinden?

Arztbesuch

Zutreffende Antwort bitte ankreuzen

	1	2	3	4
Ich fühle mich im Großen und Ganzen wohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter meinen Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss oft nachts Wasser lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide oft unter Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide auch unter Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was will ich beim nächsten Arztgespräch fragen?
