

Anmeldebogen für Patienten zur Parkinson-Komplexbehandlung

Bitte Formular faxen an: 04101/ 217 962

Klinik für Neurologie Pinneberg

Sekretariat Prof. Dr. Max Nedelmann

E-mail: neurologie-reg@sana.de

(Bei Rückfragen: Telefon 04101 217961)

Patientenname/-adresse und Telefonnummer 	Arztstempel Telefonnummer für Rückfragen:
Hauptdiagnose: _____ _____	Wahlleistung: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer Erstdiagnose PD: _____

Was soll bei dem Patienten verbessert werden (Mehrfachnennung möglich)?

Probleme	Therapieziele
<input type="checkbox"/> Dyskinesien	<input type="checkbox"/> Medikamentöse Neueinstellung
<input type="checkbox"/> ON-OFF	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Schluckens
<input type="checkbox"/> Wearing off	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Gehens
<input type="checkbox"/> Akinese	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Gleichgewichts
<input type="checkbox"/> Haltungstörungen	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Haltung
<input type="checkbox"/> Gangstörungen	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Transfers
<input type="checkbox"/> Freezing	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Greifens/Objektmanipulation
<input type="checkbox"/> Festination	<input type="checkbox"/> Verbesserung der physischen Kapazität
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens
<input type="checkbox"/> Stürze	<input type="checkbox"/> Verringerung der Sturzfrequenz
<input type="checkbox"/> Synkopenneigung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikation
<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Speichelfluss	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>

Mögliches Aufnahmedatum: _____

Besonderheiten: MRSA/ESBL/MRGN: ja nein Sonstiges: _____
 Bitte Kopie des letzten Arztbriefes anfügen!