

# Parkinson-Befindlichkeitsspiegel:

Weitere Informationen  
zu Ihrer Parkinson Krankheit

Ich möchte vor allem folgende Aspekte besprechen, um zu schauen, ob hier Verbesserungen zu erzielen sind:

- Schlafstörungen
- Aufmerksamkeit/ Gedächtnis
- Schlucken/Verdauung und Darm
- Bewegung
- Schmerzen
- Blase und Sexualefunktion
- Sonstige nicht-motorische Symptome
- Stimmung

Die drei wichtigsten Fragen, die ich meinem behandelnden Arzt stellen möchte, sind:

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich nehme die folgenden Medikamente:  
Medikamente gegen Parkinson (Freitextfeld):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere vom Arzt verordnete und frei verkäufliche Medikamente (z.B. Aspirin):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Parkinson-Befindlichkeitsspiegel

## Zur Unterstützung meiner Parkinson-Behandlung

The Cure Parkinson's Trust



Entwickelt in Zusammenarbeit mit UCB. Alle Rechte vorbehalten © 2017 UCB

**Parkinson-Befindlichkeitsspiegel: Untersuchung Ihrer Symptome**  
Um den Parkinson-Befindlichkeitsspiegel auszufüllen, folgen Sie bitte den Anweisungen der vorherigen Seite.

**Schlafenstörungen**

- Ich habe Probleme, nachts einzuschlafen
- Ich habe Probleme, durchzuschlafen
- Ich leide unter Morgens Müdigkeit oder Tagesmüdigkeit
- Ich habe Probleme, mich beim Schlafen umzudrehen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Stimmung**

- Ich verliere das Interesse an bestimmten Dingen
- Ich leide unter Angst, Furcht oder Panik
- Ich leide unter Depressionen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Sonstige nicht-motorische Symptome**

- Ich fühle aufgrund von Ohnmacht/Blackouts/Schwindel hin
- Ich bemerke Veränderungen in meinem Geruchs-/Geschmackssinn
- Mein Gewicht hat sich verändert (nicht aufgrund einer Diät)
- Ich schwitze übermäßig stark
- Ich sehe/höre Dinge, die es nicht gibt (Halluzinationen)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Aufmerksamkeit/ Gedächtnis**

- Während Gesprächen oder Aktivitäten kann ich mich schlecht konzentrieren
- Ich habe Wortfindungsstörungen
- Es fällt mir schwer, mich an bestimmte Namen, Zahlen und Ereignisse zu erinnern (Vergesslichkeit)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Schlucken/Verdauung und Darm**

- Ich habe Probleme beim Schlucken bzw. verhaltenen Speichelfluss
- Ich muss manchmal erbrechen oder mir ist schlecht (Übelkeit)
- Ich habe Verstopfung oder Durchfall
- Ich habe Bauchschmerzen oder Vollerfühl
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Blase und Sexualefunktion**

- Ich verspüre einen starken Harndrang, über sich nachts
- Mein sexuelles Verlangen hat sich geändert
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Bewegung**

- Meine Bewegungen (föhen sich am frühen Morgen nach dem Aufwachen überwiegend steif an (Rigor/stiffigkeit)
- Meine Probleme nehmen im Laufe des Tages zu
- Ich leide unter Steifheit (Rigidität)
- Ich leide unter Zittern (Tremor)
- Während des Tages verringert sich meine Beweglichkeit
- Ich leide unter unwillkürlichen Bewegungen (Dyskinesie)
- Ich verliere mein Gleichgewicht/schwänke
- Ich habe Probleme beim Sprechen
- Ich habe eine kleine Handschrift (Mikrographie)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

**Schmerzen**

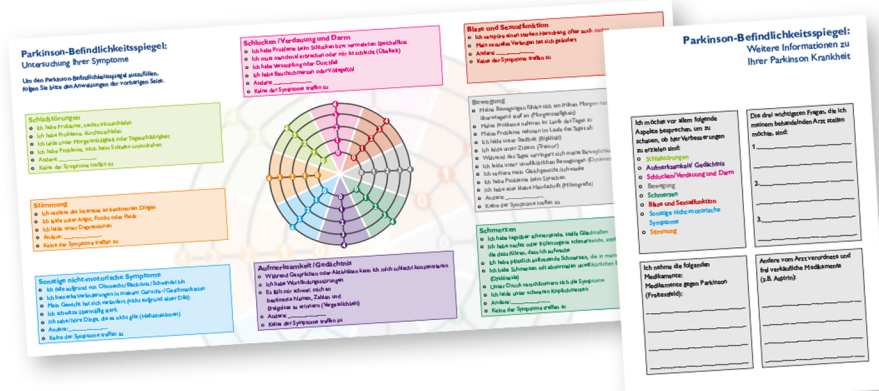
- Ich habe tagüber schmerzende, steife Gliedmaßen
- Ich habe nachts oder frühmorgens schmerzende, steife Gliedmaßen, die dazu föhren, dass ich aufwache
- Ich habe plötzlich eintretende Schmerzen, die in meine Gliedmaßen schießen (Dyskinesie)
- Unter Druck verschlimmern sich die Symptome
- Ich leide unter schweren Kopfschmerzen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

# Einführung

Der **Parkinson-Befindlichkeitsspiegel** wurde entwickelt, um die Kommunikation zwischen Patienten und behandelnden Ärzten zu unterstützen. Bitte füllen Sie den **Parkinson-Befindlichkeitsspiegel** in Vorbereitung auf Ihren Arztbesuch aus. Wenn Sie das Parkinson-Tagebuch verwenden, können Sie:

- Ihre Krankheit besser beurteilen
- Ihre motorischen und nicht-motorischen Symptome notieren
- Bei Ihren Arztbesuchen die für Sie wichtigen Beschwerden ansprechen

# Verwendung des Parkinson-Befindlichkeitsspiegels

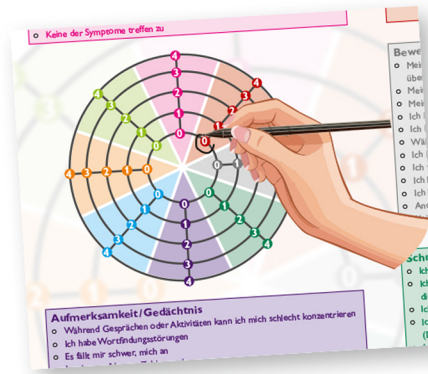


## 1 Tragen Sie Ihre Symptome in die Tabelle ein



Gehen Sie in einem nächsten Schritt mit Ihrem Partner nacheinander alle Kategorien in den Kästen durch (wie z. B. Schlafstörungen) und wählen Sie das Symptom aus, welches Sie am meisten beeinträchtigt.

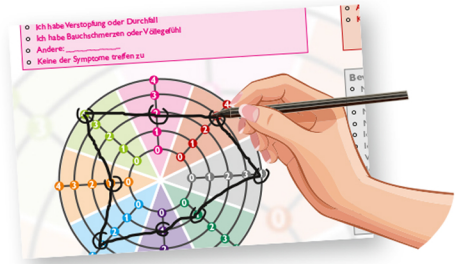
## 2 Kreisen Sie die Nummer ein, die Ihr Befinden am besten widerspiegelt



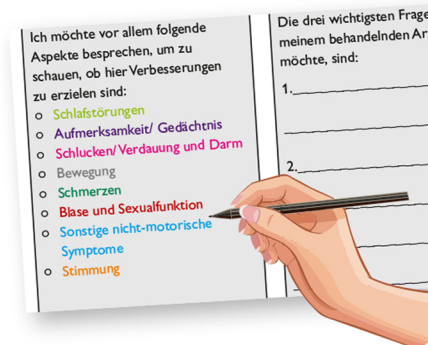
Geben Sie an, wie stark Sie von dem angeführten Symptom betroffen sind. Verwenden Sie hierzu eine Skala von 0 bis 4:  
 0 = Niemals  
 1 = Gelegentlich  
 2 = Manchmal  
 3 = Häufig  
 4 = Immer

## 3 Verbinden Sie die Zahlen miteinander

Verbinden Sie die von Ihnen gewählten Zahlen durch Linien miteinander. Dadurch entsteht ein Muster, das ein sofortiges Abbild Ihres derzeitigen Befindens darstellt, – auf einen Blick.



## 4 Andere Aspekte Ihrer Parkinson Krankheit



1. Bitte markieren Sie die Symptome, die Sie besprechen möchten.
2. Schreiben Sie die drei wichtigsten Fragen auf, die Sie Ihrem Arzt stellen möchten.
3. Nennen Sie Medikamente, die Sie in dieser Zeit genommen haben – möglicherweise möchten Sie ein neues Medikament hervorheben, mit dem Sie nach der letzten Untersuchung begonnen haben.
4. Wenn Sie Ihre Parkinson Befindlichkeitspiegel fertig ausgefüllt haben, können Sie es zu Ihrer nächsten Untersuchung mitnehmen und Ihrem behandelnden Arzt zeigen.

# Parkinson-Befindlichkeitsspiegel:

## Untersuchung Ihrer Symptome

Geben Sie an, wie stark Sie von dem angeführten Symptom betroffen sind.  
Verwenden Sie hierzu eine Skala von 0 bis 4:  
0 = Niemals  
1 = Gelegentlich  
2 = Manchmal  
3 = Häufig  
4 = Immer

DATUM: (TT/MM/JJ)

### Schlucken / Verdauung und Darm

- Ich habe Probleme beim Schlucken bzw. vermehrten Speichelfluss
- Ich muss manchmal erbrechen oder mir ist schlecht (Übelkeit)
- Ich habe Verstopfung oder Durchfall
- Ich habe Bauchschmerzen oder Völlegefühl
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Schlafstörungen

- Ich habe Probleme, nachts einzuschlafen
- Ich habe Probleme, durchzuschlafen
- Ich leide unter Morgenmüdigkeit oder Tagesschläfrigkeit
- Ich habe Probleme, mich beim Schlafen umzudrehen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Stimmung

- Ich verliere das Interesse an bestimmten Dingen
- Ich leide unter Angst, Furcht oder Panik
- Ich leide unter Depressionen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Sonstige nicht-motorische Symptome

- Ich falle aufgrund von Ohnmacht/Blackouts/Schwindel hin
- Ich bemerke Veränderungen in meinem Geruchs-/Geschmackssinn
- Mein Gewicht hat sich verändert (nicht aufgrund einer Diät)
- Ich schwitze übermäßig stark
- Ich sehe/höre Dinge, die es nicht gibt (Halluzinationen)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Aufmerksamkeit / Gedächtnis

- Während Gesprächen oder Aktivitäten kann ich mich schlecht konzentrieren
- Ich habe Wortfindungsstörungen
- Es fällt mir schwer, mich an bestimmte Namen, Zahlen und Ereignisse zu erinnern (Vergesslichkeit)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Blase und Sexualfunktion

- Ich verspüre einen starken Harndrang, öfter auch nachts
- Mein sexuelles Verlangen hat sich geändert
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine der Symptome treffen zu

### Bewegung

- Meine Bewegungen fühlen sich am frühen Morgen nach dem Aufwachen überwiegend steif an (Morgensteifigkeit)
- Meine Probleme verstärken/verringern sich im Laufe des Tages
- Ich leide unter Steifheit (Rigidität)
- Ich leide unter Zittern (Tremor)
- Während des Tages verändert meine Beweglichkeit
- Ich leide unter unwillkürlichen Bewegungen (Dyskinesie)
- Ich leide unter «Freezing»
- In stressigen Situationen verschlimmern sich die Symptome
- Ich verliere mein Gleichgewicht/schwanke/erleide Stürze
- Ich habe Probleme beim Sprechen
- Ich habe eine kleine Handschrift (Mikrografie)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keines der Symptome trifft zu

### Schmerzen

- Ich habe tagsüber schmerzende, steife Gliedmaßen
- Ich habe nachts oder frühmorgens schmerzende, steife Gliedmaßen, die dazu führen, dass ich aufwache
- Ich habe plötzlich auftretende Schmerzen, die in meine Gliedmaßen schießen
- Ich habe Schmerzen mit abnormalen unwillkürlichen Bewegungen (Dyskinesie)
- Ich habe schmerzhafte Krämpfe (Dystonien)
- Ich leide unter schweren Kopfschmerzen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keines der Symptome trifft zu

