

Fragebogen

Name: _____

Parkinson

geb. am: _____

Bitte kreuzen Sie an, ob in den unten aufgeführten Bereichen sich innerhalb der letzten Jahre bei Ihnen etwas verändert hat:

	JA	NEIN
Geruchsvermögen		
Schlaf		
Darmträgheit oder Verstopfung		
Erektionsstörungen		
Blasenentleerungsstörungen		
Kreislaufstörungen		
Schmerzen/Verspannung		
Farbsehstörungen		
Antrieb oder Interesse		
Denken/Gedächtnis		

Beweglichkeit

	links	rechts	NEIN
Zittern			
Verlangsamung			
Steifigkeit			
Ungeschicklichkeit			