

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Sie stellen sich heute aufgrund eines **Zitterns und / oder einer verminderten Beweglichkeit** in meiner neurologischen Praxis vor. Mein Ziel ist es, Ihnen rasch und kompetent zu helfen. Vor der Therapie steht jedoch die Diagnosefindung.

Sie können mich dabei entscheidend unterstützen, wenn Sie die Zeit des Wartens nutzen und mir folgende Fragen zu Ihrer aktuellen Krankheit sowie früheren Erkrankungen beantworten könnten.

NAME, GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet; <input type="radio"/> Kinder:
BERUF	

AKTUELLE BESCHWERDEN

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden:

Welche Art der Beschwerden haben Sie festgestellt?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Zittern der Arme oder Hände | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> beidseits |
| | <input type="radio"/> in Ruhe bei Armauflage |
| | <input type="radio"/> bei Haltebewegungen (Halten eines vollen Glases) |
| | <input type="radio"/> bei Zielbewegungen (Führen des Löffels zum Mund) |
| | <input type="radio"/> Besserung des Zitterns nach Alkoholgenuss |
| <input type="radio"/> Zittern der Beine | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> beidseits |
| <input type="radio"/> Zittern der Stimme | <input type="radio"/> undeutliche, <input type="radio"/> leisere Stimme |
| <input type="radio"/> Zittern des Kopfes in <input type="radio"/> Ja-Richtung <input type="radio"/> Nein-Richtung | |

Leidet ein naher Angehöriger unter ähnlichen Beschwerden?

- nein ja:

Ist Ihnen eine der folgenden Veränderungen (zusätzlich) aufgefallen?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> verminderter Geruchssinn | <input type="radio"/> vermehrte Alpträume |
| <input type="radio"/> verminderte, verlangsamte Beweglichkeit | <input type="radio"/> starrer Gesichtsausdruck |
| <input type="radio"/> verlangsamtes Gehen | <input type="radio"/> verkürzte Schrittlänge |
| <input type="radio"/> Stürze nach vorne <input type="radio"/> Stürze nach hinten | <input type="radio"/> Schwarzwerden vor den Augen beim Aufstehen |
| <input type="radio"/> Schluckstörung | <input type="radio"/> Verstopfung |
| <input type="radio"/> Impotenz | <input type="radio"/> Blaseninkontinenz |
| <input type="radio"/> Verwirrtheit / Trugwahrnehmungen | <input type="radio"/> Depression |

Haben Sie erstmals kurz vor Beginn der Beschwerden eines dieser Medikamente neu erhalten?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Antiepileptika (Valproinsäure) | <input type="radio"/> Neuroleptika (z.B. Tetrabenazin, Haldol, Thioridazin) |
| <input type="radio"/> Antidepressiva (z.B. Citalopram, Paroxetin, Lithium) | <input type="radio"/> Antibiotika (Cotrim, Amphotericin B) |
| <input type="radio"/> Blutdruckmittel (Reserpin), Cinnarizin, Flunarizin | <input type="radio"/> L-Thyroxin/ Schilddrüsenmedikamente |
| <input type="radio"/> Antiarrhythmika (Amiodaron, Mexiletin, Procainamid) | <input type="radio"/> Chemotherapeutika |
| <input type="radio"/> Asthmamittel (Salbutamol, Salmeterol, Theophyllin, Epinephrin) | <input type="radio"/> Immunsuppressiva (Interferon alpha, Cicolosporin) |
| <input type="radio"/> MCP gegen Übelkeit | <input type="radio"/> 3 Monatsspritze zur Empfängnisverhütung (Medroxyprogesteron) |
| <input type="radio"/> Drogen | <input type="radio"/> Gifte: Blei, Quecksilber, Lindan, Digoxin, Mangan |

Sind oder waren Sie an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck niedriger Blutdruck
 Herzinfarkt Ohnmacht
 Herzrhythmusstörungen/ Herzrasen

Nieren-Erkrankungen

- verminderte Ausscheidungsfunktion

Magen-Darm-/ Leber-Erkrankungen

- wiederholte Magen- oder Darm-Geschwüre Hepatitis B oder C / **Leberentzündung**
 Leberzirrhose / **Leberschaden**

Stoffwechsel-Erkrankungen

- Diabetes /Zucker, letzte Kontrolle: **Schilddrüsenüberfunktion**, letzte Kontrolle:

Gynäkologische Vorerkrankungen

- besteht eine Schwangerschaft ja nein Jahr der letzten Vorsorge:
 hatten Sie häufigere Fehlgeburten: ja nein Jahr der letzten Mammographie:
Jahr des letzten Ultraschalls des Unterbauches:

Augenärztliche Vorerkrankungen

- Weitwinkelglaukom Engwinkelglaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Allergien/ Unverträglichkeiten (vor allem auf Medikamente)?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wie viel Alkohol pro Tag?
Was?

Rauchen Sie?

Wieviel rauchen Sie pro Tag?
Seit wann?

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (Krebs)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein; falls ja, welche: Marcumar ASS Plavix/Clopidogrel
 andere:

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

dr. med. petra willand | Fachärztin für Neurologie