



Anmeldung für Parkinson Patienten

Neurologisches Zentrum · Hamdorfer Weg 3 · 23795 Bad Segeberg · Tel. 04551 / 802-6000 · www.segebergerkliniken.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Ihr Aufenthalt auf der Parkinsonstation 1A im Neurologischen Zentrum für Sie möglichst angenehm und erfolgreich wird, möchten wir Ihnen vorab einige Informationen geben.

Wir werden uns werktags innerhalb von 24 h mit Ihnen telefonisch zwecks Terminvereinbarung in Verbindung setzen. Falls wir nicht innerhalb von 48 Stunden zurückrufen, bitten wir Sie, unter 04551/802-5910 bis 12.00 Uhr selbst nachzufragen. Termine sind normalerweise innerhalb von einer Woche realisierbar.

Falls Sie für einen stationären Aufenthalt vorgesehen sind, so kommen Sie bitte am vereinbarten Aufnahmetag zwischen 10.00 und 12.00 Uhr auf die STATION 1A in das Neurologische Zentrum, Hamdorfer Weg 3, Bad Segeberg.

Bitte bringen Sie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Befunde (z. B. Arztbriefe, Computertomographie, Kernspintomographie) sowie einen aktuellen Medikamentenplan mit den jeweiligen Einnahmezeitpunkten. Hilfreich wäre auch eine Aufstellung der schon von Ihnen früher eingenommenen Medikamente.

Falls es Ihnen oder Ihren Angehörigen möglich ist, füllen Sie bitte für 2–3 Tage vor der Aufnahme den beiliegenden Bewegungskalender aus. Dies ist für uns hilfreich, um eine möglichst genaue Medikamenteneinstellung zu gewährleisten. Bitte notieren Sie auch die Zeiten, wann Sie normalerweise aufstehen, Frühstück, Mittagessen, Abendessen und zu Bett gehen.

**Einen angenehmen Aufenthalt wünscht Ihnen
das Team der Station 1A!**

Abschließend bitten wir – soweit zutreffend – um Beantwortung folgender Fragen:

1. Was ist das mit Ihrer Parkinsonerkrankung zusammenhängende dringlichste Problem?

2. Was ist das Ziel Ihres Aufenthaltes oder Ihrer Vorstellung im Neurologischen Zentrum?

Bitte 3 Tage vor Aufnahme Bewegungskalender mit entsprechenden Symbolen ausfüllen:

Datum/ Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	N

+ gute Beweglichkeit
- schlechte Beweglichkeit,
Steifigkeit

! Überbewegungen
T Tabletteneinnahme
E Erwachen

F Frühstück
M Mittagessen
A Abendessen

Fax: 04551/802-5905

Arztstempel

Frau / Herr _____

Tel. _____

Bitte zutreffende Probleme ankreuzen:

- | | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dyskinesien | <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite | <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Haltungsstörung |
| <input type="checkbox"/> ON-OFF | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Sprechstörung | <input type="checkbox"/> Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Wearing off | <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Speichelfluss | <input type="checkbox"/> Freezing |
| <input type="checkbox"/> Akinese | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | | <input type="checkbox"/> Festination |
| <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Halluzinationen | | <input type="checkbox"/> Stürze |
| _____ | <input type="checkbox"/> Synkopen | | _____/6 Monate |
| | <input type="checkbox"/> Schwindel | | <input type="checkbox"/> Sturzangst |
| | | | <input type="checkbox"/> Immobilität |

Sonstige: _____

Bitte zutreffende Therapieziele ankreuzen:

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Medikamentenneueinstellung</u> | <u>Verbesserung der/des</u> |
| | <input type="checkbox"/> Kommunikation |
| <u>Überprüfung Indikation zur</u> | <input type="checkbox"/> Schluckens |
| <input type="checkbox"/> Duodopa Pumpe | <input type="checkbox"/> Gehens |
| <input type="checkbox"/> Apomorphin-Pumpe | <input type="checkbox"/> Gleichgewicht |
| <input type="checkbox"/> Apo-Go (PEN) | <input type="checkbox"/> Haltung |
| <input type="checkbox"/> Tiefenhirnstimulation | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Videotherapie | <input type="checkbox"/> Greifen/Objektmanipulation |
| | <input type="checkbox"/> Physischen Kapazität |
| Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Aktivitäten des täglichen Lebens |
| | <input type="checkbox"/> Verringerung der Sturzfrequenz |

Bitte gewünschte Behandlung ankreuzen:

Akut ca. 7–18 d <i>Einweisung</i>	Akut-REHA → = 21 d <i>Einweisung</i>	REHA 21–28 d <i>Reha-Antrag</i>	Videotherapie 30 d <i>Einweisung</i>	Sprechstunde <i>Überweisung</i>
-----------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------