

Screening Bogen



Neurologische Erkrankungen

Patientin/ Patient: _____

Datum: _____

Fragen:	Antworten:
1. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
2. Welche Gehstrecke ist zurzeit möglich?	<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen _____ Meter
3. Wie empfinden Sie Ihre Gangsicherheit?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
4. Wie würden Sie Ihre Beweglichkeit einschätzen?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
5. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/> Restless Legs <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Gesichtslähmung <input type="checkbox"/> Lähmung der Extremitäten <input type="checkbox"/> Undeutliche Aussprache/Sprachschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____
6. Wie ist Ihr Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> < 3x die Woche <input type="checkbox"/> 4-6x die Woche <input type="checkbox"/> Täglich
7. Wie haben Sie die Stuhltransplantation Vertragen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____