

## Formular für die Patientenmeldung

### Kontaktinformationen des Patienten

Nachname \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Matrikel (CNS) \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_  
 Stadt \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Bevorzugte Sprache der Dokumente (z. B. Fragebögen, Informationen)? (eine Wahlmöglichkeit)

Französisch     Deutsch     Englisch     Portugiesisch

### Medizinische Diagnostik

#### Medizinische Diagnostik

- G20 – Parkinsonsche Krankheit    zusätzliche Information \_\_\_\_\_
- G21 – Sekundärer Parkinsonismus    zusätzliche Information \_\_\_\_\_
- G23 – Atypischer Parkinsonismus    zusätzliche Information \_\_\_\_\_
- G31 – Andere degenerative Erkrankungen des Nervensystems    zusätzliche Information \_\_\_\_\_

#### Bildgebung des Gehirns (falls verfügbar)

	Durchgeführt?	Datum des letzten Scans	Kurzerggebnisse
CT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
MRT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
DaTscan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### Aktuelle Parkinsonbehandlung und Pflegesituation

#### Arten von dopaminergen Medikamenten

- Keine     L-DOPA     Dopamin-Agonisten     Amantadin     MAO-B Inhibitoren  
 COMT Inhibitoren     Andere: \_\_\_\_\_

Nimmt der Patient 5 oder mehr Dosen L-DOPA pro Tag ein?     Ja     Nein

#### Erhält der Patient "Fortgeschrittene Therapien"?

- Nein     DBS     Duodopa-Pumpe     Apomorphin-Pumpe     Andere: \_\_\_\_\_

Benötigt der Patient Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens? (Fragebogen zur funktionalen Mobilität, Punkt 1)

- Benötigt keine Hilfe     Benötigt Hilfe bei einigen Aktivitäten     Benötigt ständige Hilfe

### Klinische Bewertung

Modifizierte Hoehn & Yahr Skala     0     1     1.5     2     2.5     3     4     5

<b>Neuro-Untersuchung (basierend auf MDS-UPDRS)</b>		<i>0) normal (1) angedeutet vorhanden (2) leicht ausgeprägt (3) mäßig ausgeprägt (4) schwer ausgeprägt</i>
<b>Nicht-motorische Symptome</b>	Kognitive Beeinträchtigung (Punkt 1.1)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Halluzinationen und Psychosen (Punkt 1.2)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Motorische Symptome</b>	Dysarthrie (Sprache, Punkt 3.1)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Gesichtsausdruck (item 3.2)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Fingertippen (Punkt 3.4)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte Hand	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke Hand	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Aufstehen vom Stuhl (item 3.9)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Gangbild (Punkt 3.10)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Freezing of gait (item 3.11)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Gleichgewicht/Haltungsstabilität (Punkt 3.12)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Körperbradykinesie (Punkt 3.14)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Rigiditätsniveau für jeden betroffenen Bereich (Punkt 3.3)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Nacken	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte obere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke obere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte untere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke untere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Amplitude des Ruhetremors für jeden betroffenen Bereich (Punkt 3.17)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Lippe/Kinn	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte obere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke obere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte untere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke untere Extremität	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Kinetischer Tremor (Punkt 3.16a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	rechte Hand	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	linke Hand	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Motorische Komplikationen</b>	Vorhandensein von OFFs (Punkt 4.3)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, morgens <input type="checkbox"/> Ja, tagsüber
	Falls ja, Gesamtstunden im OFF-Zustand (Punkt 4.3)	<input type="checkbox"/> <2 Stunden <input type="checkbox"/> ≥2 Stunden
	Vorhandensein von Dyskinesien (Punkt 4.1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <1 Stunde <input type="checkbox"/> Ja ≥1 Stunde
	Falls ja, Grad der funktionellen Auswirkungen (Punkt 4.2)	<input type="checkbox"/> (0) normal <input type="checkbox"/> (1) angedeutet vorhanden <input type="checkbox"/> (2) leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) schwer ausgeprägt
<b>Anzahl der Stürze in den letzten 12 Monaten</b>		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ≥2

### Empfehlung PD-Stadium

**Hinweis zum Ausfüllen:** Wählen Sie das am besten geeignete Krankheitsstadium aus. Das am besten geeignete Stadium wird durch das Stadium definiert, auf das die meisten der charakteristischen Merkmale des Patienten zutreffen.

Stadium	Merkmale des Patienten (Info)
<input type="checkbox"/> <b>Diagnostik</b>	Verdacht auf Erkrankung KEINE (bisher) bestätigte Parkinson Diagnose UND Auftreten von Symptomen - Bradykinesie UND Tremor und/oder Rigidität
<input type="checkbox"/> <b>Früh</b>	<b>H&amp;Y</b> ≤2 <b>Fingertippen:</b> keine wesentliche Beeinträchtigung (MDS-UPDRS III-3.4≤1) <b>Gangbild:</b> keine wesentliche Beeinträchtigung (MDS-UPDRS III-3.10≤1) <b>Posturale Stabilität:</b> nicht vorhanden (MDS-UPDRS 3.12=0) <b>Stürze:</b> keine <b>Dyskinesie:</b> nicht vorhanden (MDS-UPDRS IV-4.1=0) <b>Motorische Fluktuationen:</b> nicht vorhanden (MDS-UPDRS IV-4.3=0) <b>Behandlung:</b> einfach (1-2 dopaminerge Medikamente) <b>Kognitive Beeinträchtigung:</b> leichte bis keine Beeinträchtigung (MDS-UPDRS I-1.1≤1)
<input type="checkbox"/> <b>Moderat</b>	<b>H&amp;Y</b> =2.5-3 <b>Fingertippen:</b> erhebliche Beeinträchtigung (MDS-UPDRS III-3.4≥2) <b>Gangbild:</b> selbständiges Gehen, aber mit erheblichen Beeinträchtigungen (MDS-UPDRS III-3.10=2) <b>Posturale Stabilität:</b> Vorhandensein einer leichten bis mittleren Haltungsinstabilität (MDS-UPDRS III-3.12=1- 2) <b>Stürze:</b> einer in den letzten 12 Monaten <b>Dyskinesie:</b> vorhanden <1h pro Tag, ohne funktionelle Auswirkungen (MDS-UPDRS IV-4.1 und MDS-UPDRS IV-4.2) <b>Motorische Fluktuationen:</b> vorhanden < 2 Stunden pro Tag (MDS-UPDRS IV-4.3) <b>Behandlung:</b> Komplexe Behandlung (mehr als 2 dopaminerge Medikamente) <b>Kognitive Beeinträchtigung:</b> leicht bis mittelschwer (MDS-UPDRS I-1.1=2-3)
<input type="checkbox"/> <b>Fortgeschritten</b>	<b>H&amp;Y</b> =4 <b>Gangbild:</b> benötigt ein Hilfsmittel zum sicheren Gehen, aber keine Person (MDS-UPDRS III- 3.10=3) <b>Posturale Stabilität:</b> mittelschwer bis schwer (MDS-UPDRS III-3.12≥3) Stürze: wiederkehrend (>1 Sturz während der letzten 12 Monate) <b>Dyskinesie:</b> vorhanden ≥1h pro Tag oder mit funktionellen Auswirkungen (MDS-UPDRS IV-4.1 und MDS-UPDRS IV-4.2) <b>Motorische Fluktuationen:</b> vorhanden ≥2 OFF-Stunden pro Tag (MDS-UPDRS IV-4.3) <b>Funktionsbeeinträchtigung:</b> benötigt Hilfe bei einigen Aktivitäten des täglichen Lebens (FMQ-Item 1) <b>Behandlung:</b> ≥5 Dosen L-DOPA pro Tag oder erweiterte Therapie <b>Kognitive Beeinträchtigung:</b> schwer (MDS-UPDRS I-1.1=4) <b>Gangbild:</b> benötigt ein Hilfsmittel zum sicheren Gehen, aber keine Person (MDS-UPDRS III-3.10=3)
<input type="checkbox"/> <b>Spät</b>	<b>H&amp;Y</b> =5 <b>Gangbild:</b> kann überhaupt nicht oder nur mit Hilfe einer anderen Person gehen (MDS-UPDRS III-3.10=4) <b>Funktionsbeeinträchtigung:</b> benötigt ständige Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens (FMQ-Item 1)

Name und Unterschrift

Stempel

Datum

**Einwilligung des Patienten**

Ich willige ein, dass ich in das integrierte Versorgungsnetz Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN) aufgenommen werde.	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass mich das Versorgungsmanagement-Team zum Zweck meiner Einschreibung in das Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN) kontaktiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Weitergabe und dem Austausch des Anmeldeformulars zwischen meinem behandelnden Arzt und den Fachkräften von ParkinsonNet zum Zweck meiner Anmeldung in Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN) einverstanden.	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass, sofern technisch möglich, dieses Anmeldeformular sowie der Arztbrief meines Neurologen, falls vorhanden, automatisch in das DSP (Dossier de Soins Partagé) übertragen wird.	<input type="checkbox"/>

*Name und Unterschrift*

*Datum*