

Screening Bogen



Neurologische Erkrankungen

Patientin/ Patient: _____

Datum: _____

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