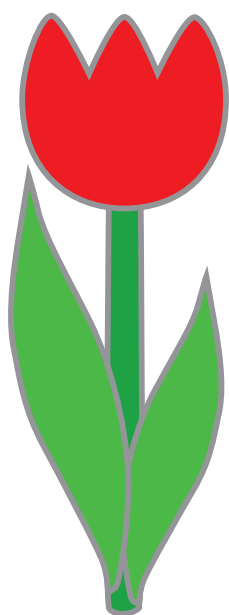


CHECK ZUR FRÜHERKENNUNG

Früherkennung Parkinson!

Parkinson kann jeden treffen!

In Deutschland leben rund 300.000 Parkinson-Patienten. Experten schätzen die Dunkelziffer von nicht erkannten Erkrankungen auf noch mal 30%. Das sind etwa weitere 100.000 Menschen deren Erkrankung nicht erkannt ist und deshalb auch nicht richtig behandelt werden kann. Diese Checkliste soll helfen, Ihre Aufmerksamkeit auf frühe An-



zeichen einer möglichen Parkinsonerkrankung zu lenken. Wenn Sie mehr als vier Fragen mit ja beantwortet haben, kann dies ein Hinweis auf erste Symptome für ein Morbus Parkinson sein. Suchen Sie das Gespräch mit Ihrem Arzt, der Sie gegebenenfalls zu einem Spezialisten überweisen kann.

Je früher eine Erkrankung richtig diagnostiziert und behandelt wird, desto größer die Chance, Lebensfreude und Lebensqualität trotz Parkinson lange zu erhalten.



Deutsche Parkinson
Vereinigung e.V.

Check zur Früherkennung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Kommt es vor, dass Ihre Hand zittert, obwohl sie entspannt aufliegt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist ein Arm angewinkelt und schlenkert beim Gehen nicht mit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie eine vornüber gebeugte Körperhaltung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie einen leicht schlurfenden Gang oder ziehen Sie ein Bein nach? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie einen kleinschrittigen Gang und stolpern oder stürzen Sie häufiger? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie häufig an Antriebsmangel? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie häufig Spannungsschmerzen im Schulter-Rücken-Bereich? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie bemerkt, dass Sie sich schnell zurückziehen und Kontakte meiden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat sich Ihre Stimme verändert? Ist sie monotoner, leiser oder heiser geworden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Hat sich Ihre Handschrift verändert? Ist sie z.B. kleiner und unleserlich geworden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Leiden Sie an einem „inneren Zittern“ oder „innerer Unruhe“? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie regelmäßig Schlafstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |