

# HORA Erfassungsbogen



## 1. Patientdaten

Anamnesebogen

Seite 1

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	Fax
Email	Mobiltelefon

Geburtsdatum	Körpergröße
Gewicht	
Hausarzt	
Neurologe	

## 2. Krankheitsverlauf

Diagnosestellung Parkinson erfolgte wann?
Erste Anzeichen vor der Diagnosestellung
Angewandte Untersuchungsmethode?

## 3. Berufliche Tätigkeit

<b>Beruf:</b> Haben sie häufig beruflichen Stress <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
stehende Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sitzende Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 4. Krankheitsbild

Zittern/Tremor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Muskelstarre/Rigor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo tritt der Tremor auf	Wo tritt der Rigor auf
Sekundenschlaf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verstärkter Speichelfuß <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Flachatmigkeiit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmträgheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gleichgewichtsprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenkprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 5. Körperliche Verfassung / Zustand

Aussehen der Haut <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> blutig? <input type="checkbox"/> trübe ?
Hautbeschaffenheit <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlaff <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> kalt
Mimik <input type="checkbox"/> Wachs <input type="checkbox"/> starr <input type="checkbox"/> normal

Körperbau				
<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> schlank	<input type="checkbox"/> dünn	<input type="checkbox"/> untersetzt	<input type="checkbox"/> adipös
Körperhaltung				
<input type="checkbox"/> aufrecht	<input type="checkbox"/> gebückt	<input type="checkbox"/> seitlich geneigt		
Kräftezustand				
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> schwach	
Bewusstsein				
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> apathisch	
Nierenlager				
<input type="checkbox"/> unauff	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> Klopfeschmerz	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Schlaf				
<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen		<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen		
<input type="checkbox"/> nehme Schlafmittel		<input type="checkbox"/> welches Mittel?		

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschlag	<input type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arhythmisch
Herz Kreislauf Operationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?		
Ruhepuls:	Blutdruck (mmHg):	rechts:	links:	

Wirbelsäule:				
<input type="checkbox"/> Klopfeschmerz	<input type="checkbox"/> Stauchungsschmerz	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose
Bewegung	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Finger-Boden-Abstand in cm:	
Bandscheiben- vorfall versorgt	<input type="checkbox"/> konservativ	<input type="checkbox"/> operativ	welcher Bereich?	
Bandscheibenvorwölbung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welcher Bereich?		
Knochendichte:				

## 4. Gangbild

Ich mache kleine Schritte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	... in engen Räumen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stürze häufig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	... beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich falle nach vorne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	... beim Umdrehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich falle nach hinten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ich habe oft Blockaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ich stolpere oft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

