

Naam patiënt: _____

Ingevuld door: _____

Geboortedatum: __/__/_____

Datum screening: __/__/_____

Korte screening parkinsonproblemen

Deel 1: Medicatie*

Probleem	Ja/nee	Toelichting	(Para)medische interventie / zorginterventie
(ochtend)kramp			
overbeweeglijkheid		Omcirkel: wel / niet invaliderend; wel / niet pijnlijk	
groot deel van de dag OFF		Omcirkel: 25% / 50% / 75% / 100% van de dag OFF	
schommelingen ON/OFF		Omcirkel: wel / niet voorspelbaar a.h.v. tijdstip medicatie	
(overige) bijwerkingen			
anders, namelijk:			

* Voeg een up-to-date medicatielijst en ingevulde MER bij deze screeningslijst.

Naam patiënt: _____

Ingevuld door: _____

Geboortedatum: __/__/____

Datum screening: __/__/____

Deel 2: Motorisch/ADL

Probleem	Ja/nee	Toelichting	(Para)medische interventie / zorginterventie
blokkeren bij lopen		Omcirkel: bij starten / draaien / naderen obstakel	
(risico op) vallen		Maak evt. gebruik van "korte screening valproblematiek"	
problemen bij transfers			
problemen bij bewegen in bed			
problemen met kauwen/slikken			
problemen met spraak			
problemen met zelfstandig eten/drinken			
problemen met wassen of lichamelijke verzorging			
problemen met aan-/uitkleden			
problemen met gebruik hulpmiddelen		Bijv. rollator, rolstoel, aangepast bestek, etc.	
anders, namelijk:			

Naam patiënt: _____

Ingevuld door: _____

Geboortedatum: __/__/_____

Datum screening: __/__/_____

Deel 3: Niet-motorisch

Probleem	Ja/nee	Toelichting	(Para)medische interventie / zorginterventie
problemen met acceptatie/verwerking		Omcirkel: aanwezig bij patiënt / mantelzorg	
gestoorde stemming (depressie)			
gestoorde cognitie (geheugenklachten)			
gestoord denken (hallucinaties)		Omcirkel: wel / niet te corrigeren, wel / niet hinderlijk	
angst			
apathie			
pijn		Maak evt. gebruik van VAS-score	
speekselverlies			
gewichtsverlies			
slaapproblemen		Omcirkel: overmatig slapen overdag / gestoorde nachtrust	
bloeddrukdaling bij overeind komen			
obstipatie			
anders, namelijk:			