



## Bitte kreuzen Sie an, ob die genannten Aussagen für Sie zutreffen

	ja	nein
<b>Liegen folgende Kriterien bei Ihnen vor?</b>		
a. M. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. deutliche Beeinträchtigung im OFF (akinetischen)-Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ausgeprägte Schwankungen zwischen Über- und Unterbeweglichkeit im Tagesverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. starkes Zittern vorwiegend in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. gutes Ansprechen der Beweglichkeit auf L-Dopa zumindestens kurzzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Alter < 75 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. schlechtes klinisches Ansprechen auf maximale Anti-Parkinson Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. mindestens 4 wöchiger Versuch der Therapieoptimierung erfolglos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie hier viele Kreuze bei „ja“ gesetzt haben, sollten Sie mit Ihrem Arzt über die Möglichkeit der Behandlung mittels Operation sprechen.

## Liegen folgende Kriterien bei Ihnen vor?

a. mit Medikamenten gut behandelbare Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vorerkrankungen, die das Operationsrisiko signifikant erhöhen (KHK, obstruktive Atemwegserkrankung, schwerer Diabetes etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. neurologische Vorerkrankungen oder atypisches Parkinsonsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hinweise auf Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwere Depression oder Angst-Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rollstuhlpflichtig- oder Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie hier viele Kreuze bei „ja“ gesetzt haben, kommt die Operation für Sie wahrscheinlich nicht in Frage

[Dieses Formular ersetzt in keinem Fall das intensive Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt!](#)