



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

	ja	nein
Liegen folgende Kriterien bei Ihnen vor?		
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!](#)