

PARKINSONS SYGDOM  
FØLG OP PÅ EFFEKTEN AF DIN MEDICIN

DATO:

---

PARKINSONMEDICIN:

---

---

NAVN:

---

FØDSELSDATO:

TELEFON:

---

Udfyld venligst denne formular og medbring den, når du træffer din læge. På bagsiden kan du notere, om der er andet, du vil tale med din læge om.

Sæt kryds i første kolonne ud for de symptomer, som du oplever på en almindelig dag. I anden kolonne sætter du kryds, hvis du oplever, at symptomerne forsvinder eller lindres efter, at du har taget din parkinson medicin. Hvis du ikke oplever nogen forandring, skal du ikke sætte noget kryds.

Symptom	Oplevede symptomer	Sædvanligvis forbedring efter min næste dosis
Rysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langsomme bevægelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forandring i humøret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stivhedsfornemmelse i krop og lemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat fingerfærdighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært ved at tænke klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urofølelse, ængstelse, panikfølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

