

Polyneuropathie Fragebogen

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

1. Seit wann leiden sie an den Beschwerden?

≤ 4 Wochen 4–8 Wochen > 8 Wochen Monate-Jahre

2. War der Beginn:

schleichend oder plötzlich

3. Die Beschwerden:

bestehen dauerhaft sind immer zu bestimmten Tages/Nachtzeiten verstärkt
bestehen nur schubweise sind nur zu bestimmten Tages/Nachtzeiten da
haben rasch an Intensität zugenommen haben sich rasch ausgebreitet

4. Welche Symptome bestehen?

Sensible Reiz- und Ausfallerscheinungen

- Stechen/Elektrisieren
- glühend-brennende Schmerzen spontan oder bei leichtester Berührung, z. B durch Kleidung
- Schmerzen beim Gehen, insbesondere beim schnellem oder Bergauflaufen
- Kribbeln/Ameisenlaufen
- Pelzigkeits- und Taubheitsgefühle
- Gangunsicherheit insbesondere bei Dunkelheit (mit klarem Kopf)
- Schwellungsgefühle, Gefühl des unangenehmen Drucks
- Gefühl, wie auf Watte zu gehen
- verminderte bis hin zu aufgehobenen Temperaturempfindungen
- Schwierigkeit Wärme und Kälteempfinden auseinanderzuhalten

Motorische Reiz- und Ausfallerscheinungen

- Muskelzucken (Faszikulationen)
- Muskelkrämpfe
- Muskelschwäche/Abnahme der Muskelkraft zB nachlassende Ausdauer, Treppensteigen, auf Fußspitze stehen, Zehen anheben oder Beugen
- Muskelatrophie (sichtbarer Rückgang der Muskulatur)
- Myalgien (Muskelschmerzen)

Autonome Ausfallerscheinungen

- Wassereinlagerungen
- Überwärmung und Hautrötung
- verminderter oder verstärkter örtliche Schweißproduktion

5. Welche Bereich ist betroffen?

- nur die Fußsohle links rechts beide Seiten gleichermaßen
 - der ganze Fuß links rechts beide Seiten gleichermaßen
 - von Fußspitze bis Knie links rechts beide Seiten gleichermaßen
 - von Fußspitze bis Oberschenkel links rechts beide Seiten gleichermaßen
- andere Körperteile: links rechts beide Seiten gleichermaßen
-

Name:

Geburtsdatum:

6. Sind die Beschwerden zur Fußspitze hin verstärkt? Ja Nein

7. Gibt es etwas, das die Beschwerden lindert?

- Bewegung
 - Ruhe/ Stehenbleiben/ Hochlegen
 - Kälte
 - Ablenkung
 - Sonstiges:
-

8. Folgendes trifft auf mich zu:

- ich trinke (nahezu) täglich Alkohol
- ich leide an Symptomen eines Karpaltunnelsyndrom bzw. wurde deswegen operiert
- ich ernähre mich (nahezu) vegetarisch/vegan oder leide unter einer Zöliakie
- mir ist eine ungewollte Gewichtsabnahme (> 5kg) oder anhaltender Nachtschweiß aufgefallen
- ich habe in meinem Leben eine Chemotherapie bzw. Immuntherapie erhalten
- ich habe eines der folgenden Medikamente eingenommen Amiodaron, TNF-alpha Inhibitoren, Tacrolimus, Ciclosporin, Isoniazid, Ciprofloxacin, Levofloxacin

9. Einordnung von Schmerzen in die Skala (Neuropathie-Symptom-Score NSS)
(0=gar kein Schmerz, 10=maximal möglicher Schmerz)

Am Tag

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

In der Nacht

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10