

## 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/Elektisieren  
☐ 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?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nur die Fußsohle               | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beide Seiten gleichermaßen |
| <input type="checkbox"/> der ganze Fuß                  | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beide Seiten gleichermaßen |
| <input type="checkbox"/> von Fußspitze bis Knie         | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beide Seiten gleichermaßen |
| <input type="checkbox"/> von Fußspitze bis Oberschenkel | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*In der Nacht*

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