

## SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Bitte nutzen Sie die Zeit des Wartens und beantworten Sie mir folgende Fragen zu Ihren aktuellen Hauptbeschwerden sowie zu früheren Erkrankungen.

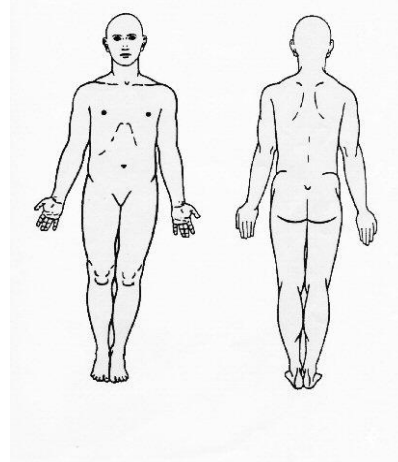
NAME, GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet; <input type="radio"/> Kinder:
BERUF	

## AKTUELLE BESCHWERDEN

Bitte beschreiben Sie nachfolgend Ihre Beschwerden und zeichnen Sie die Ausbreitung in das Körperschema ein.

### Welche Art der Gefühlsstörung haben Sie festgestellt?

- Taubheitsgefühl
- Gangunsicherheit,  insbesondere in Dunkelheit
- Missempfindungen ( Kribbeln,  Ameisenlaufen,  Pelzigkeit,  Schwellungs- oder  Druckgefühl) (A-beta)
- Brennschmerz an den Füßen (durch Temperatur ausgelöst) (C)
- Hitze- oder Kältegefühl in den Füßen / Beinen  Schmerzlose Wunden
- Fehlende/verminderte Temperaturempfindung (A-delta)



**Seit wann** leiden Sie unter diesen Beschwerden?

- Wann sind die Beschwerden am schlimmsten?
- In Ruhe / nachts;  Unter körperlicher Belastung

### Haben Sie eine Kraftminderung festgestellt?

- In den Armen bei Arbeiten über Kopf
- In den Händen beim Öffnen von Flaschen
- In den Beinen beim Treppensteigen
- Häufiges Stolpern
- Leiden Sie unter Muskelkrämpfen? Wo?
- Leiden Sie unter Muskelzuckungen? Wo?
- Schwäche der Beine beim Autofahren

### Haben Sie eine der folgenden Funktionsstörungen bei sich bemerkt?

- Schwarzwerden vor den Augen oder Ohnmacht /Kollaps bei raschem Aufstehen
- Starkes Schwitzen im Brust- oder oberen Rückenbereich
- vermindertes Schwitzen an den Füßen
- Durchfall, vor allem nachts  Verstopfung
- Völlegefühl  Übelkeit und/ oder Erbrechen
- Erschwertes Entleeren der Harnblase
- Potenzstörungen

### Welche (medikamentöse) Therapie wurde eingeleitet? Mit welchem Ergebnis?

### Gab es in Ihrer Familie bei nahen Blutsverwandten folgende Auffälligkeiten:

- Gehbehinderungen
- Fußmissbildungen
- Auffallend dünne Waden
- Muskelschwäche

### Gab es kurze Zeit vor Beginn der Beschwerden:

- Eine (fiebrhafte) Infektion?
- Einen Magen-Darm Infekt?
- Einen Zeckenstich?
- Eine Therapie mit Antibiotika? Name:
- Eine Chemotherapie? Name:
- Eine Therapie mit Rheumamitteln? Name:

### Hatten Sie häufiger privat oder berufsbedingt Kontakt zu folgenden möglichen Giften?

- Insektenschutzmittel
- Rattengift
- Kunstdünger
- Holzschutz- oder Lösungsmittel, Lacke
- Arbeit in der Kunststoff- / Farbenindustrie
- Schwermetalle

## FRAGEN ZU IHRER KRANKHEITSGESCHICHTE

Sind oder waren Sie an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

### Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes /Zucker, letzte Kontrolle:  erhöhte Blutfette/ Cholesterin  
 Schilddrüsenunterfunktion, letzte Kontrolle: Größe: Gewicht:

### Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wie viel Alkohol pro Tag?  
Was?

### Rauchen Sie?

Wieviel rauchen Sie?  
Seit wann?

### Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (Krebs)? Kam es in letzter Zeit zu:

- Einer ungewollten Gewichtsabnahme  Lymphknotenschwellungen  
 Allgemeinem Krankheitsgefühl  Plasmocytom / Lymphom  
 Vermehrtem nächtlichen Schwitzen  Sind Sie HIV gefährdet / erkrankt

### Gynäkologische Vorerkrankungen

besteht eine Schwangerschaft  ja  nein  
hatten Sie häufigere Fehlgeburten:  ja  nein

Jahr der letzten Vorsorge:  
Jahr der letzten Mammographie:  
Jahr des letzten Ultraschalls des Unterbauches:

### Urologische Vorsorgeuntersuchungen

Prostata- oder Hodenkrebs

Jahr der letzten Vorsorge:

### Magen-Darm-/ Leber-Erkrankungen

- wiederholte Magen- oder Darmgeschwüre  Vegetarier  
 Colitis Ulcerosa,  M. Crohn  Sprue / Zöliakie  
 Bauchkoliken unklarer Ursache  Hepatitis B oder C / Leberentzündung  
 Blut im Stuhl  Leberzirrhose / Leberschaden

### Nieren- und Herz-/ Gefäßerkrankungen

- verminderte Ausscheidungsfunktion der Niere  Durchblutungsstörungen der Beine: pAVK  
 Hoher Blutdruck  Schlaganfall,  Herzinfarkt  
 Herzrhythmusstörungen  Herzrhythmusstörungen

### Lungen- sowie rheumatologische Erkrankungen

- Leiden Sie unter besonderer Lichtempfindlichkeit der Haut  anfallsweises Abblassen der Hände oder Füße  
 Schlecht heilenden Wunden der Haut  gehäufte Entzündungen der Nasennebenhöhlen, Ohren und / oder der Lunge  
 Rötungen / Knötchen oder sonstigen Veränderungen der Haut  Bronchialasthma  
 Rheumaähnlichen Gelenkschmerzen  Trockene Augen / trockener Mund

### Neurologische und Psychiatrische Vorerkrankungen

- Depressionen Konzentrationsstörungen  Kopfschmerzen  
 Ein- und Durchschlafstörungen  Hörstörung,  Sehstörung

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  ja  nein; falls ja, welche:  Marcumar  ASS  Plavix  andere:

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

dr. med. petra willand | Fachärztin für Neurologie