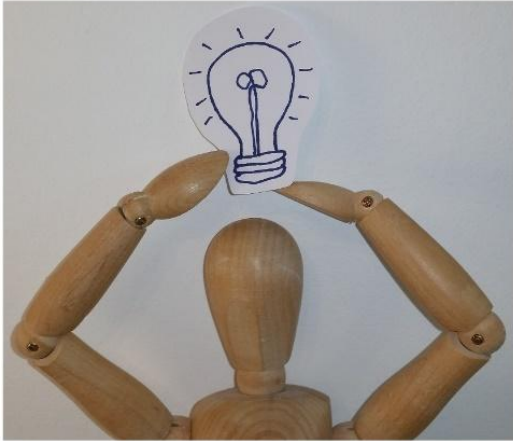




**Bianca Peters**

# **Polyneuropathie**

**5-Minuten-Praxis-Check, um Hinweise frühzeitig  
wahrzunehmen**

**Für Therapeuten, Heilpraktiker und med. Fachberufe**



# Ja/Nein-Fragebogen für deine Praxis

Hinweis: Dieser Fragebogen dient einer allgemeinen Orientierung und ersetzt keine ärztliche Diagnostik oder Therapieentscheidung. Es unterstützt dich als Therapeut, Heilpraktiker und med. Fachpersonal dabei, Hinweise bewusster wahrzunehmen und fundiert nächste Schritte zu überlegen. Die Verantwortung für Diagnostik, Therapie und Weiterleitung liegt beim behandelnden Fachpersonal.

*Je mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, desto wahrscheinlicher können mögliche Hinweise für eine Polyneuropathie vorliegen.*

## Auswertung als Orientierung

### 0–4× Ja:

Hinweise auf Polyneuropathie eher **unwahrscheinlich**, andere Ursachen möglich

### 5–8× Ja:

**Abklärung sinnvoll**, besonders bei zunehmenden Beschwerden

### 9–12× Ja:

**Hinweis auf Polyneuropathie** – neurologische Untersuchung empfohlen

### ≥13× Ja:

**Starke Hinweise** → zeitnahe neurologische Abklärung wichtig

➔ Besonders wichtige Hinweise sind **symmetrische Beschwerden**, die **an den Füßen beginnen** und **nachts stärker** sind.

---

## Fragen zu Empfindungsstörungen

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie **Kribbeln oder Ameisenlaufen** in Füßen oder Händen?

☐ Ja ☐ Nein

Fühlen sich Ihre Füße oder Hände **taub oder pelzig** an?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie das Gefühl, als haben Sie dicke **Socken oder Handschuhe** an?

☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie **Hitze oder Kälte** schlechter als damals?

☐ Ja ☐ Nein

Fühlt sich **Berührung** für Sie manchmal **unangenehm oder schmerzhaft** an?

---

## Fragen zu Schmerzen

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie **brennende, stechende** oder **elektrisierende Schmerzen**?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Ihre Schmerzen **nachts oder in Ruhe stärker**?

☐ Ja ☐ Nein

Lassen sich die Schmerzen **schlecht oder gar nicht durch Bewegung lindern**?

---

## Fragen zu Kraft & Bewegung

☐ Ja ☐ Nein

Fühlen Sie sich **unsicher beim Gehen**, besonders im Dunkeln?

☐ Ja ☐ Nein

Stolpern Sie häufiger oder haben Sie **Gleichgewichtsprobleme**?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in letzter Zeit **Kraftverlust** in Füßen, Beinen, Händen oder Armen bemerkt?

☐ Ja ☐ Nein

Fallen Ihnen **feine Bewegungen** wie z.B. Knöpfe schließen oder Münzen greifen schwerer?

---

## Fragen zu vegetativen Symptomen

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie **Schwindel beim Aufstehen**?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es **Verdauungsprobleme**, die neu aufgetreten sind?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Auffälligkeiten beim **Schwitzen** (zu viel oder zu wenig) bemerkt?

---

## Fragen zu möglichen Ursachen

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie **Diabetes** oder leicht erhöhte bzw. erhöhte Blutzuckerwerte?

☐ Ja ☐ Nein

Wurde bei Ihnen ein **Mangel** an Vitaminen z.B. B12 oder Folsäure vermutet bzw. festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie über eine längere Zeit **regelmäßig Alkohol** getrunken?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen bzw. nahmen Sie Medikamente, die **Nerven schädigen können** (z.B. Antibiotika, Chemotherapie)?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in Ihrer Familie bekannte **Nervenerkrankungen**?

# Anamnese-Checkliste für deine Praxis

Dieser Bogen dient als Anamnese-Checkliste für deine Praxis und ist ein Orientierungstool, um mögliche Hinweise auf eine Polyneuropathie bewusster wahrzunehmen. Es ersetzt keine ärztliche Diagnostik.

*Bitte Zutreffendes ankreuzen.*

---

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

---

## 1. Aktuelle Beschwerden

- ☐ Kribbeln / Ameisenlaufen
- ☐ Taubheit
- ☐ Kälte- oder Wärmegefühl vermindert
- ☐ Berührung schmerzhaft
- ☐ keine Schmerzen

### Betroffene Körperbereiche:

- ☐ Füße / Zehen
  - ☐ Ober- / Unterschenkel
  - ☐ Hände / Finger
  - ☐ Ober- / Unterarme
  - ☐ beidseitig
  - ☐ einseitig
- 

## 2. Beginn & Verlauf

Beginn (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

- ☐ Beginn langsam
  - ☐ Beschwerden zunehmend
  - ☐ Beginn plötzlich
  - ☐ Verlauf schubweise
  - ☐ Beschwerden gleichbleibend
  
  - ☐ Beschwerden nachts stärker
  - ☐ Beschwerden in Ruhe stärker
  - ☐ Besserung durch Bewegung
  - ☐ Besserung durch Wärme oder Kälte
-

### 3. Schmerzen

Schmerzstärke (0 = kein Schmerz – 10 = stärkster Schmerz): ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

- ☐ brennender Schmerz
  - ☐ stechender Schmerz
  - ☐ elektrisierender Schmerz
  - ☐ dumpfer Schmerz
  - ☐ anderes Schmerzempfinden:
- 

### 4. Motorische Symptome

- ☐ Muskelschwäche
  - ☐ Muskelzuckungen
  - ☐ Gangunsicherheit
  - ☐ häufiges Stolpern
  - ☐ feinmotorische Probleme z.B. Münzen greifen, Schreiben, Knopf öffnen
  - ☐ keine motorischen Probleme
- 

### 5. Vegetative Symptome

- ☐ Schwindel v.a. beim Aufstehen
  - ☐ Verdauungsbeschwerden
  - ☐ vermehrtes Schwitzen
  - ☐ vermindertes Schwitzen
  - ☐ Probleme beim Wasserlassen / mit Blasenfunktion
  - ☐ keine vegetativen Beschwerden
- 

### 6. Vorerkrankungen & Risikofaktoren

- ☐ Prädiabetes
  - ☐ Diabetes
  - ☐ Autoimmunerkrankung z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Gastritis Typ A
  - ☐ Schilddrüsenerkrankung
  - ☐ Vitaminmangel (B12, B6, Folsäure)
  - ☐ Nierenerkrankung
  - ☐ Lebererkrankung
  - ☐ Einnahme von Medikamenten, wenn ja bitte unten ergänzen (Notiz)
  - ☐ Chemotherapie erhalten
  - ☐ keine Vorerkrankungen
-

## 7. Lebensstil & Umweltfaktoren

- ☐ regelmäßiger Alkoholkonsum (früher, aktuell)
  - ☐ Beruf
  - ☐ bekannter Kontakt zu Chemikalien / Giften
  - ☐ keine Belastungen bekannt
- 

## 8. Medikamente und Nahrungsergänzung

- ☐ Medikamente (Notiz oder Kopie), hierzu zählen auch Schmerzmittel, Antidepressiva, Antibabypille
  - ☐ Nahrungsergänzungsmittel (Kapseln, Tabletten, Säfte, Pulver, Injektionen z.B. B12)
  - ☐ keine Einnahme von Medikamenten / Nahrungsergänzungsmitteln
- 

## 9. Familienanamnese

- ☐ Polyneuropathie in der Familie bekannt
  - ☐ andere neurologische Erkrankungen in der Familie bekannt
  - ☐ Diabetes in der Familie bekannt
  - ☐ keine bekannten familiären Erkrankungen
- 

## 10. Bisherige Untersuchungen

- ☐ Blutuntersuchungen
  - ☐ Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)
  - ☐ Elektromyographie (EMG)
  - ☐ MRT z.B. Schädel
  - ☐ keine Voruntersuchungen bekannt
- 

## 11. Notizen

---