

Polyneuropathie-Screening

von Rainer Müller; 2018-01

Anamnese

Sensible Reiz- und Ausfallerscheinungen	Ja	Nein
– Kribbeln / Ameisenlaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Stechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Elektrisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Schwellungsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Gefühl eines unangenehmen Drucks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Gefühl, wie auf Watte zu gehen / pelziges Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Gangunsicherheit, insbesondere bei Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wärme- und Kälteparästhesien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Fehlende Temperaturempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Schmerzlose Wunden / fehlende Schmerzempfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Reiz- und Ausfallerscheinungen		
– Muskelzucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Muskelatrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Gehbehinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage nach autonomen Störungen		
– Schwitzen an Extremitäten vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Störungen beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Arthralgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orthostase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Synkopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Fragen:		
– Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Nephropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Alkoholabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Positive Familienanamnese einer PNP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verlauf/Beginn der Beschwerden:

Klinische Untersuchung

Reflexe

Untere Extremität:

Rechts

Links

Patellarsehnenreflex: _____

Patellarsehnenreflex: _____

Achillessehnenreflex: _____

Achillessehnenreflex: _____

Obere Extremität:

Rechts

Links

Bizepssehnenreflex: _____

Bizepssehnenreflex: _____

Trizepssehnenreflex: _____

Trizepssehnenreflex: _____

Brachioradialisreflex: _____

Brachioradialisreflex: _____

Trömnerreflex: _____

Trömnerreflex: _____

Berührung

Monofilament-Test

- mit 10g Monofilament
- zuerst an Hand erklären und zeigen, dann bei geschlossenen Augen des Patienten durchführen
- an ca. 3-9 Stellen, insbesondere plantar
- ab und zu auch ohne Berührung nachfragen
- Anzahl/Anteil der korrekten Antworten erfassen und Ergebnisse an Planta Pedis in Schema einzeichnen



Rechter Fuss (plantar): _____

Linker Fuss (plantar): _____

Rechter Fuss (dorsal): _____

Linker Fuss (dorsal): _____

Rechte Hand: _____

Linke Hand: _____

Vibration*Stimmgabel-Test*

- 128 Hz-Stimmgabel mit aufgesetzten 64 Hz-Dämpfern
- zuerst einmal an sensibler Stelle wie der Hand erklären
- danach von distal her die einzelnen knöchernen Stellen testen
- Zeitpunkt, wenn Patient die Vibration nicht mehr wahrnimmt, erfassen

Untere Extremität:

Rechts

Links

Grosszehengrundgelenk: _____

Grosszehengrundgelenk: _____

Malleolus medialis: _____

Malleolus medialis: _____

Malleolus lateralis: _____

Malleolus lateralis: _____

Tuberositas tibiae: _____

Tuberositas tibiae: _____

Spina iliaca anterior: _____

Spina iliaca anterior: _____

Obere Extremität:

Rechts

Links

Processus styloideus radii: _____

Processus styloideus radii: _____

Processus styloideus ulnae: _____

Processus styloideus ulnae: _____

Olecranon: _____

Olecranon: _____

Stamm:

Sternum: _____

Romberg

Muskelatrophie (insb. Fussheber, intrinsische Fussmuskulatur) Ja Nein**Sonstiges/Bemerkungen/weitere relevante Befunde**

Weitere mögliche klinische Untersuchungen

Graphhyp-/anästhesie

Seiltänzerengang/Liniengang

Lagesinn

Untere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Obere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Temperatur

Untere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Obere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Spitz/Stumpf-Diskr.

Untere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Obere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

2-Punkte-Diskr.

Untere Extremität:

Rechts: _____

Links: _____

Obere Extremität:

Rechts: _____
