



Haben Sie erhöhte Blutzuckerwerte oder einen Diabetes mellitus?

Nein Ja, seit:

Nehmen Sie oder haben Sie früher über einen längeren Zeitraum Medikamente wegen einer Tuberkulose, Autoimmunerkrankung, Rheumaerkrankung oder einem Tumor (Chemotherapie) eingenommen?

Nein Ja → Medikament, Zeitraum:

Arbeiten Sie oder haben Sie mit giftigen Stoffen (Farben, Lösungsmittel etc.) gearbeitet?

Nein Ja → Welche:

Alkoholkonsum mehr als eine Flasche Bier / 1 Glas Wein am Tag?

Nein Ja → Wie viel trinken Sie ungefähr in der Woche?

Leiden Sie an einer rheumatischen oder autoimmunen Erkrankung (z.B. Vaskulitis)?

Nein Ja → Welche ?

Haben Sie wiederholt Muskelschmerzen, Gelenkschwellungen oder Hautveränderungen?

Nein Ja → Welche?

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Nierenschwäche, Dialysebehandlung)?

Nein Ja → Welche, seit Wann?

Hatten Sie eine entzündliche Erkrankung des Nervensystems (z.B. Poliomyelitis, GBS)?

Nein Ja → Welche?

Bestehen oder bestanden folgende Infektionskrankheiten?

HIV Syphilis Borreliose Andere:

Hatten Sie bereits als Kind spät Laufen gelernt oder Schwierigkeiten beim Sport?

Nein Ja → Wann haben Sie laufen gelernt?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Nervenerkrankungen?

Nein Ja → Welche?