

Borreliose-Checkliste

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Arzt- oder Therapeutenbesuch mit.

Vorname/Name	Können Sie sich an einen Zeckenbiss erinnern?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ihr Geburtsdatum?	<input type="text"/> TT <input type="text"/> MM <input type="text"/> JJJJ	Anzahl der Zeckenbisse:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 1-5 <input type="radio"/> > 5
Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	Traten an der Bissstelle Hautrötungen oder ein großflächiger Ausschlag auf?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bestanden bei Ihnen die folgenden Symptome oder Anzeichen?

anhaltend geschwollene Lymphknoten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Fieber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Halsschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	schmerzende Fußsohlen besonders am Morgen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten bei Ihnen Gelenkschmerzen auf?

Finger/Zehen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Knie/Ellbogen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knöchel/Handgelenke	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hüften/Schultern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten bei Ihnen Gelenkschwellungen auf?

Finger/Zehen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Knie/Ellbogen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knöchel/Handgelenke	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hüften/Schultern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten bei Ihnen Schmerzen auf?

Leiden Sie unter Muskelschmerzen oder -krämpfe?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Zahnschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
deutliche Muskelschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nackensteifigkeit, Nackenschmerzen, -knacken	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzen im Genitalbereich	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohrenschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzen im Unterbauch, Krämpfe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kribbeln, Taubheitsgefühl, brennende oder stechende Gefühlsstörungen, einschließende Schmerzen, Überempfindlichkeit der Haut	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Druckgefühl im Kopf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Zucken von Gesichts- oder anderen Muskeln	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verwirrtheit, Denkschwierigkeiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Konzentrations- und Leseschwierigkeiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Probleme Neues aufzunehmen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wortfindungsstörung, schlechtes Namensgedächtnis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vergesslichkeit, Kurzzeitgedächtnis, verminderte Aufmerksamkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Desorientiertheit, Verirren, an falsche Plätze gehen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sprachirrtümer, falsche Wörter, falsche Aussprache	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depression	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ängste, Panikattacken, Psychosen (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Paranoia, Bipolare Störung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Tremor	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anfälle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geräuschempfindlichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sehfähigkeit: Doppel-, Schleiersehen, Mouches volantes (Mückensehen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Gehör: Brummen, Pfeifen, verminderte Hörfähigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Reisekrankheit, Schwindel, Schwanken	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gleichgewichtsstörung, Gefühl zu kippen	<input type="radio"/> ja
Benommenheit, Gangstörungen; unüberbarer Drang sich zu setzen oder hinzulegen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Fazialisparese (Bell'sche Lähmung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Müdigkeit, Erschöpfung, geringe Ausdauer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaflosigkeit, unterbrochener Schlaf, frühes Erwachen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Übermäßiger Nachschlaf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mittagsschlaf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Unerklärliche Menstruationsunregelmäßigkeiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unerklärliche Milchproduktion, Brustschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gereizte Blase oder Blasenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Erektionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Libidoverlust	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Unerklärliche Gewichtszunahme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unerklärlicher Gewichtsverlust	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Überempfindlicher Magen oder Übelkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sodbrennen, Magenschmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verstopfung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Durchfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Herzgeräusche oder Herzklappenprolaps	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklopfen oder Herzstolpern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschenkelblock im EKG	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Atemlosigkeit, „Lufthunger“, unerklärlicher chronischer Husten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Übermäßiges nächtliches Schwitzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Alkoholunverträglichkeit, länger andauernder Kater	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Aufflackern der Symptome alle 4 Wochen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
---	--