

Name:..... Geburtsdatum:.....

| | JA | NEIN |
|---|----|------|
| 1. Erschöpfung, Leistungsverlust, fehlende Ausdauer/Kondition | | |
| 2. Gelenkschmerz/-schwellung Arme/Hände/Finger | | |
| 3. Gelenkschmerz/-schwellung Beine/Füße | | |
| 4. Rücken- und Schulterschmerzen | | |
| 5. Kopf- und Nackenschmerzen mit Steifigkeit | | |
| 6. Brennen, stechen, kribbeln an unterschiedlichen Körperstellen | | |
| 7. Sehstörungen, Schleier/Schlierensehen, entzündliche Augenveränderungen | | |
| 8. Hörstörungen, Pfeifen oder Rauschen oder Brummen, Tinnitus | | |
| 9. Taubheitsgefühle / Lähmungserscheinungen | | |
| 10. situationsunangemessenes Frieren oder Schwitzen, verändertes Temperaturempfinden | | |
| 11. Gang und Greifunsicherheit | | |
| 12. Störungen der Feinmotorik/Koordinationsstörungen | | |
| 13. Nächtliches Schwitzen | | |
| 14. Nächtlicher Harndrang | | |
| 15. Muskelkaterähnliche Gefühle ohne vorherige Belastung | | |
| 16. Blasen- und sexuelle Funktionsstörung | | |
| 17. Schlafstörungen (zu viel bzw. zu wenig) (schlechtes Ein- und Durchschlafen) | | |
| 18. Schwindel | | |
| 19. Konzentrations-, Denk-, Wahrnehmungs- oder Orientierungsstörung | | |
| 20. Wortfindungsstörung | | |
| 21. "Nebel" im Kopf / demenzähnliche Symptome | | |
| 22. psychiatrische Symptome | | |
| 23. Kurzatmigkeit und Atemnot bei nur geringer Belastung | | |
| 24. Atemwegsinfekte | | |
| 25. Herz-Kreislaufsymptome z.B. Blutdrucksteigerungen, Herzrhythmusstörungen, Herzklopfen | | |
| 26. Magen/Darmsymptome | | |
| 27. Plötzliche Gewichtsveränderungen Zu-/Abnahme ohne Änderung der Ernährung | | |
| 28. Hautsymptome - Juckreiz, Veränderungen etc. | | |
| 29. Haarausfall | | |
| 30. Symptome in Schüben mit symptomfreien Intervallen in unterschiedlicher Länge | | |