

# Befundbogen Fuß-Check

Bitte übermitteln Sie dieses Dokument der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt

## Teil 1: Von der Podologin/dem Podologen auszufüllen

Nachname, Name ..... Datum Fuß-Check .....

### Ergebnis:

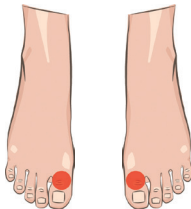
- Podologischer Fuß-Check ergab **keine** Hinweise auf eine Neuropathie
- Podologischer Fuß-Check ergab **Hinweise auf eine Neuropathie.**

### Vibrationsempfinden

mit Stimmgabel nach Rydel-Seiffer. Dorsal am Großzehen-Interphalangealgelenk

Ergebnis ..... / 8

- unauffällig (vorhanden)
- abgeschwächt (vermindert) oder fehlend (altersabhängige Grenzwerte beachten) \*



Ergebnis ..... / 8

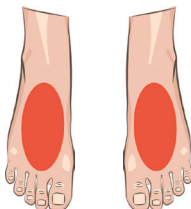
- unauffällig (vorhanden)
- abgeschwächt (vermindert) oder fehlend (altersabhängige Grenzwerte beachten) \*

\* das Vibrationsempfinden gilt als abgeschwächt bei einem Ergebnis < 5/8 bei Patienten ≤ 39 Jahre; < 4,5/8 bei Patienten zw. 40 - 59 Jahre; < 4/8 bei Patienten zw. 60 - 74 Jahre und < 3,5/8 bei Patienten ≥ 75 Jahre.

### Temperaturempfinden

mit TipTherm, TwinTip, kaltem Gegenstand. 3 Versuche am Fußrücken

- unauffällig (vorhanden)
- abgeschwächt (vermindert) oder fehlend (≥ 2 Versuche falsch erkannt)



- unauffällig (vorhanden)
- abgeschwächt (vermindert) oder fehlend (≥ 2 Versuche falsch erkannt)

### Test auf erhöhtes Ulzerationsrisiko

mit 10-g-Monofilament. Test an 5 hornhautfreien Stellen: Plantar distal an Großzehe und am Ballen (Metatarsale 1, 2, 3, 5)

- unauffällig
- erhöhtes Ulzerationsrisiko (≥ 1 Versuche falsch erkannt)



- unauffällig
- erhöhtes Ulzerationsrisiko (≥ 1 Versuche falsch erkannt)



Ein Service von



Bitte wenden →

## Teil 2: Vom Patienten auszufüllen

### Symptom-Check

#### Kribbeln, Brennen, Taubheitsgefühl oder Schmerzen in den Füßen?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über das Gefühl in Ihren Beinen und Füßen.  
Kreuzen Sie Ja oder Nein an, je nachdem, wie Sie sich normalerweise fühlen.

1. Fühlen sich Ihre Füße und/oder Beine taub an?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Spüren Sie ein Brennen in Ihren Füßen und/oder Beinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Reagieren Ihre Füße oder Beine sehr empfindlich auf Berührungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Spüren Sie ein Kribbeln in Ihren Füßen und/oder Beinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Empfinden Sie die Berührung Ihrer Bettdecke als schmerzhaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Können Sie manchmal heißes und kaltes Wasser nicht unterscheiden? (z.B. in der Badewanne oder unter der Dusche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Haben oder hatten Sie schlecht heilende Wunden an Ihren Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Werden Ihre Symptome nachts oder wenn Sie sich ausruhen schlimmer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Ist Ihre Haut an den Füßen trocken, sodass offene Risse entstehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Hatten Sie jemals eine Amputation an den Füßen oder Beinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### Auswertung Ihres Tests:

**Bitte beachten: Das Testergebnis ist eine erste Einschätzung Ihrer Symptome und kann eine Untersuchung oder Diagnosestellung durch die Ärztin/den Arzt nicht ersetzen!**

Zählen Sie die Häufigkeit der „Ja“-Antworten und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen rechts unten ein. Geben Sie den ausgefüllten Symptom-Check Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

„Ja“-Antworten: \_\_\_\_\_

**>1 Ja-Antwort: Sie haben Beschwerden, die auf eine Neuropathie (Nervenschädigung) hinweisen könnten.**

**Bitte übermitteln Sie dieses Dokument unbedingt Ihrer behandelnden Ärztin/ Ihrem behandelnden Arzt und sprechen Sie mit ihr/ihm darüber.**



Ein Service von

