

# Fragebogen Schulter

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Patientinnen und Patienten!

Durch Ausfüllen dieses kleinen Fragebogens helfen Sie mit, die für Sie optimale Behandlung anbieten zu können.

Zutreffendes bitte ggf. ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen.

Welche Schulter ist schmerzhaft und wie lange bestehen die Beschwerden schon?	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>
Schmerzausstrahlung in den Arm, in den Nacken, seitlich, vorne oder hinten?	
Schmerzen vor allem unter Belastung, in Ruhe, nachts oder positionsabhängig?	
Hatten Sie einen Unfall mit Schulterbeteiligung?  Wann?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzausstrahlung in die Arme, in den Nacken oder das Gesäß bzw. die Beine?  Gibt es ein Taubheitsgefühl und/oder eine Schwäche der Muskulatur in Arm oder Bein?	
Welche Sportarten betreiben Sie?  Wie häufig?	
Waren Sie bereits in fachärztlicher Behandlung wegen diesen Schmerzen?  Ggf. welcher/s Facharzt/ Krankenhaus?  Über welchen Zeitraum?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bereits bildgebende Diagnostik durchgeführt [Röntgen, „Röhrenuntersuchung“, wie z.B. Kernspintomographie oder CT]?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine Operation empfohlen oder durchgeführt?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Vielen Dank!