

# Fragebogen Gelenke

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.

Welches Gelenk ist schmerzhaft?	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>
Treten Schwellungen auf?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie morgendliche sog. Anlaufschmerzen? (die ersten Bewegungen sind besonders schmerzhaft, danach lassen die Beschwerden nach)	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzen vor allem unter Belastung, in Ruhe, nachts oder Positionsabhängig?	
Hatten Sie einen Unfall mit Gelenkbeteiligung?  Wann?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Sportarten betreiben Sie?	
Waren Sie bereits in fachärztlicher Behandlung wegen diesen Schmerzen?  Welcher/s Facharzt/ Krankenhaus?  Über welchen Zeitraum?	
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!