

## Fragebogen zu Handbeschwerden

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  weiblich  männlich
4. Beruf: \_\_\_\_\_
5. Händigkeit:  Rechtshändigkeit  Linkshändigkeit  Beidhändigkeit
6. Erkrankte Hand:  rechts  links
7. Betreiben Sie Sport?  nein  ja, welchen? \_\_\_\_\_
8. Handbelastende Sportarten (z.B. Hand-, Basket-, Volleyball, Tennis etc.):  
 nein  ja welchen? \_\_\_\_\_
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in der betroffenen Hand?  
\_\_\_\_\_
10. Wie begannen die Schmerzen?  akut  langsam über Wochen/Monate
11. Wann bzw. wobei haben Sie Schmerzen? (Mehrfachnennung möglich)
- gelegentlich (z.B. 1-2mal/Woche)
  - häufig (z.B. jeden Tag)
  - ständig
  - während der Belastung
  - bei jeder Bewegung
  - nur bei bestimmten Bewegungen
  - nachts
12. Wie empfinden Sie den Schmerz? (Mehrfachnennung möglich)
- Druckgefühl
  - stechend
  - Überwärmung/Hitze
  - elektrisierend
  - reißend
  - gering
  - mittelmäßig
  - stark
  - sehr stark
  - sonstiges
13. Wie stark empfinden Sie den Schmerz auf der VAS-Skala von 1-10?  
(1 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)
- |                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| in Ruhe         | <input type="checkbox"/> |
| unter Belastung | <input type="checkbox"/> |

14. Hatten Sie früher (auch als Kind oder Jugendlicher) mal einen Unfall oder Beschwerden mit der betroffenen Hand?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

grobe Schilderung des Unfallhergangs: \_\_\_\_\_

15. War Ihre Hand schon einmal verletzt (z.B. Schnittverletzung, Verstauchung, Knochenbruch)?

nein  ja wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

16. Ist der Handschmerz erstmals nach einer bestimmten Bewegung aufgetreten?

nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

17. Ist der Schmerz ausstrahlend?

nein  ja wenn ja, wohin?  nur Hand  Finger  
 Unterarm  Oberarm

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen in der betroffenen Hand?

nein  ja wenn ja  wegen Schmerzen  
 ohne Schmerzen  
 bei (bestimmten) Bewegungen  
 beim Drehen des Unterarms  
 beim Heben von schweren Gegenständen

19. Verspüren Sie einen Kraftverlust/-mangel an der Hand bzw. dem Arm?

nein  ja wenn ja, bei  bei normaler Bewegung  
 bei Kraftanstrengung  
 wegen Schmerzen

20. Empfinden Sie Gefühlsstörungen wie Kribbeln oder „Ameisenlaufen“ oder Taubheitsgefühle an der betroffenen Hand oder dem Arm?

nein  ja wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
wann? \_\_\_\_\_  
wie? \_\_\_\_\_  
abhängig von der Handposition? \_\_\_\_\_

21. Ist Ihre Hand bereits operiert worden?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_

22. Wurde bei Ihnen bereits eine Röntgen-, MRT- und/oder eine CT-Untersuchung der betroffenen Hand durchgeführt?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_

23. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen der betroffenen Hand durchgeführt worden?

nein     ja

wenn ja, durch wen?

Hausarzt/Hausärztin

Facharzt/Fachärztin Chirurgie/Orthopädie

Physiotherapie

wenn ja, welche Therapie? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie die entsprechenden Bilder und eventuell vorhandene Vorbefunde wie z.B. OP-Berichte zur Untersuchung möglichst mit!