

## Fragebogen zu Schulterbeschwerden

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  weiblich  männlich
4. Beruf: \_\_\_\_\_
5. Händigkeit:  Rechtshändigkeit  Linkshändigkeit  Beidhändigkeit
6. Erkrankte Schulter:  rechts  links
7. Betreiben Sie Sport?  nein  ja, welchen? \_\_\_\_\_
8. Überkopfsportarten (z.B. Hand-, Basket-, Volleyball, Tennis etc.):  nein  ja
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in dem betroffenen Knie?  
\_\_\_\_\_
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
  - beim Liegen auf der betroffenen Schulter
12. Wie empfinden Sie den Schmerz? *(Mehrfachnennung möglich)*
- Druckgefühl  gering
  - stechend  mittelmäßig
  - Überwärmung/Hitze  stark
  - elektrisierend  sehr stark
  - reißend  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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unter Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

15. War Ihre Schulter schon einmal ausgerenkt (Schulterluxation)?

nein  ja wenn ja, durch einen Unfall?  ja  nein

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

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

17. Ist der Schulterschmerz ausstrahlend?

nein  ja wenn ja, wohin?  nur Schulter  Ellenbogen/Hand  
 Oberarm  Nacken  
 nach hinten zum Schulterblatt

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen mit der betroffenen Schulter?

nein  ja wenn ja  wegen Schmerzen  
 ohne Schmerzen  
 bei (bestimmten) Bewegungen  
 Anheben des Arms  nach vorne  
 zur Seite  
 beim Drehen des Oberarms  
 beim Heben von schweren Gegenständen

19. Wobei haben Sie Funktions- oder Bewegungsstörungen?

Überkopftätigkeiten (etwas hoch aus dem Schrank holen, Haare waschen etc.)  
 Drehbewegungen (Jacke anziehen, in die hintere Hosentasche greifen etc.)  
 eine Kombination aus den beiden (Wurfbewegungen, Schwimmen etc.)

20. Verspüren Sie einen Kraftverlust/-mangel an der betroffenen Schulter bzw. dem Arm?

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

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

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



22. Ist Ihre Schulter bereits operiert worden?

nein

ja

wenn ja,

wann?

wo?

---

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

nein

ja

wenn ja,

wann?

wo?

---

24. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen der betroffenen Schulter 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!