



## FRAGEBOGEN SCHULTER

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus  
(TK, DAK, BEK, Debeka, BKK etc.): \_\_\_\_\_

### 1. Seit wann bestehen die Schulterbeschwerden?

\_\_\_\_\_ Tage    \_\_\_\_\_ Wochen    \_\_\_\_\_ Monate    \_\_\_\_\_ Jahre

### 2. Welches Schulter schmerzt?

links                  rechts

### 3. Sind Sie Rechtshänder?

Ja                      Nein

### 4. Haben Sie Nachts Schmerzen?

Ja                      Nein

### 5. Schmerzt die Schulter bei Bewegung vor dem Körper und/oder über der Horizontalen?

Ja                      Nein

### 6. Strahlen die Schmerzen in den Ellenbogen aus?

Ja                      Nein

### 7. Strahlen die Schmerzen in die Hand aus?

Ja                      Nein

### 8. Haben Sie Taubheit, Gefühlsstörungen etc. in dem Arm der belasteten Schulter?

Ja                      Nein

### 9. Ist die Schulter schon einmal herausgesprungen?

Ja                      Nein

Wenn ja, wie oft ist die Schulter schon rausgesprungen? \_\_\_\_\_



**10. Haben Sie einen Unfall erlitten?**

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange ist der Unfall her?

**11. Schmerzt die Schulter beim Abspreizen bis zur Horizontalen?**

Ja  Nein

**12. Haben Sie Schmerzen in der Halswirbelsäule?**

Ja  Nein

Wenn ja,  rechts  links  beidseitig

**13. Haben Sie ein Instabilitätsgefühl in der Schulter?**

Ja  Nein

**14. Sind frühere Schultererkrankungen bekannt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

**15. Besteht ein Kraftmangel/-verlust in der Schulter?**

Ja  Nein

**20. Beanspruchen Sie die Schulter mehr als andere Patienten wie z.B. beruflich als Maler und Lackierer etc., Leistungssportler, Schwimmer, Turner etc., viel Überkopparbeiten?**

Ja  Nein

**21. Wurde die Schulter schon mal behandelt?**

Ja  Nein

**22. Wenn ja, kreuzen Sie folgende Behandlungen bitte an:**

Selbstständige Übungen

Krankengymnastik

Krankengymnastik am Gerät

Wärme

Kälte

Medikamente  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Akupunktur

Spritzen

Infusionen

Osteopathie

Einrenken (chirotherapie)

Spritzen in das Gesäß

Schulterbandage

**23. Haben Sie öfter Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule?**

Ja  Nein

Wenn ja, sind diese verbunden mit Kraftlosigkeit, Gefühlsstörungen etc.?

Ja  Nein



**24. Sind Erkrankungen an der Halswirbelsäule bekannt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Verschleißerkrankungen

Bandscheibenvorfall

Bandscheibenvorschub

Rückenmarkseinenung

Andere Erkrankungen (bitte so genau wie möglich beschreiben):

**25. Wurde bei Ihnen schon mal eine Kalkschulter diagnostiziert?**

Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**26. Welche Untersuchungen sind bisher an der Schulter durchgeführt worden?**

Untersuchung durch einen Arzt

Röntgen

Ultraschall

Computertomographie (CT)

Magnetresonanztomographie (MRT)

Skelettszintigraphie

**27. Leiden Sie an Rheuma (chronische Polyarthritits) oder Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wie z.B. Schuppenflechte, chronische Dick- oder Dünndarmerkrankung, Infekte der ableitenden Harnwege, der Bronchien, des Magen-Darm Traktes vor ca. 6-8 Wochen, Zeckenbiss etc.?**

Ja  Nein

Wenn ja, was genau?

**28. Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankungen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**29. Leiden Sie an Allergien und/oder Medikamentenallergien?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**30. An welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie z.B. :**

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Magen-Darm-Erkrankung

Nierenerkrankung

Leber-Gallenblasenerkrankung

Vielnervenschädigung

Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule

Kniegelenksverschleiß

Rheuma oder Erkrankung des rheumatischen Formenkreises