

	Chirurgisch-Orthopädische Gemeinschaftspraxis Am Dreilingsberg 7 23570 Lübeck-Travemünde	
Untersuchungsbogen Schulter		

Heutiges Datum (der Untersuchung): _____

Dies ist ein Fragebogen zur Erfassung Ihrer Schulterbeschwerden. Daher bitten wir Sie **jede Frage so exakt wie möglich** zu beantworten und **keine Frage unbeantwortet** zu lassen. Falls Sie zu einem Punkt eine wichtige zusätzliche Angabe machen möchten, schreiben Sie dies bitte einfach daneben.

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Händigkeit:	<input type="checkbox"/> Rechtshänder/in	<input type="checkbox"/> Linkshänder/in
Auf welcher Seite haben Sie die Schulterbeschwerden?				<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Diesen Fragebogen fülle ich für meinen <input type="checkbox"/> rechten Arm <input type="checkbox"/> linken Arm aus. (Wenn Sie an beiden Armen Beschwerden haben, verwenden Sie bitte zwei Bögen!)					

I. Schmerz

Bitte kreuzen Sie auf der Schmerzskala an, wie hoch Ihre am stärksten verspürten Schulterschmerzen (**ohne Schmerzmedikamente**) im Verlauf des täglichen Lebens sind (z.B. bei der Verrichtung von Arbeiten, Sport, ...)

keine Schmerzen	mild	mäßig	sehr stark
<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II. Alltagsaktivität

A) Arbeitsfähigkeit:

Ich bin ...

berufstätig, als _____

Hausfrau/-mann

Rentner/in

Bitte kreuzen Sie an inwieweit Sie Ihrem Beruf (falls nicht berufstätig, sollten Sie sonstige Hauptbeschäftigung des täglichen Lebens berücksichtigen) zur Zeit nachgehen können:

- ich kann/könnte momentan nicht arbeiten
- ich bin/wäre bei der Arbeit weitgehend eingeschränkt (max. Arbeitsleistung 25%)
- ich bin/wäre bei der Arbeit deutlich eingeschränkt (max. Arbeitsleistung 50%)
- ich bin/wäre bei der Arbeit leicht eingeschränkt (max. Arbeitsleistung 75%)
- ich bin/wäre bei der Arbeit nicht eingeschränkt (Arbeitsleistung 100%)

Falls ja, was ist der Grund für die berufliche Einschränkung?

- die erkrankte Schulter
- anderer Ursachen: _____

B) Sportfähigkeit / Freizeitaktivität:

Ich kann momentan aufgrund **meiner Schulterbeschwerden** meinen gewohnten Sport- und Freizeitaktivitäten wie folgt nachgehen:

- gar nicht
- nur stark eingeschränkt
- mit deutlichen Einschränkungen
- mit leichten Einschränkungen
- uneingeschränkt

C) Schlaf:

Wie gut können Sie in letzter Zeit **aufgrund Ihrer Schulterbeschwerden** schlafen?

- sehr starke Schlafprobleme (normaler Schlaf ist ohne Schlaf-/Schmerzmedikamente nicht möglich)
- Erwachen mit Wiedereinschlafen
- ungestörter Schlaf

D) Aktivitäten des täglichen Lebens:

Ich kann mit dem betroffenen Arm **ohne Schmerzen** Arbeiten bis auf ... (mehrere Antworten möglich)

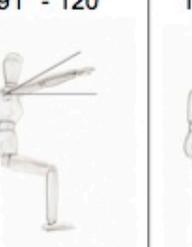
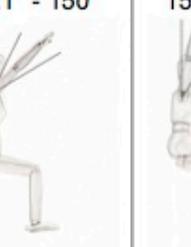
- ... Höhe der Gürtellinie ausführen (z.B. meine Hose zuknöpfen)
- ... Höhe des unteren Brustkorbes ausführen (z.B. ein Hemd von unten bis zur Brust zuknöpfen)
- ... Halshöhe ausführen (z.B. den oberen Hemdknopf schließen)
- ... Scheitelhöhe ausführen (z.B. meine Haare kämmen)
- ... über Kopfhöhe ausführen (z.B. etwas aus einem Regal über Kopfhöhe nehmen)

III. Beweglichkeit:

- Setzen Sie sich hierzu bitte auf einen Stuhl und lassen Ihren betroffenen Arm **gestreckt seitlich herunterhängen**. Versuchen Sie nun die folgenden Bewegungen, wie auf den Bilderserien auszuführen. Verwenden Sie dabei bei Gelegenheit einen Spiegel.
- Bitte kreuzen Sie unter jedem Bild an, ob Sie den Arm bis auf diese Höhe **schmerzfrei** anheben können oder nicht.
- Achten Sie darauf dabei den **Rücken gerade** zu halten, den **Arm durchzustrecken** und **keine Ausgleichsbewegungen** mit dem Oberkörper zu machen!

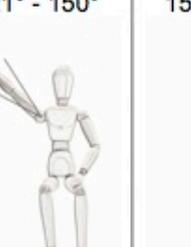
A) Flexion:

den gestreckten Arm gerade **nach vorne** anheben:

0° - 30°	31° - 60°	61° - 90°	91° - 120°	121° - 150°	151° - 180°
					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

B) Abduktion:

den gestreckten Arm gerade **zur Seite** anheben:

0° - 30°	31° - 60°	61° - 90°	91° - 120°	121° - 150°	151° - 180°
					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

C) Außenrotation:

Versuchen Sie, die folgenden Bewegungen wie auf den Bildern auszuführen und geben Sie jeweils an, ob dies **schmerzfrei** möglich ist:

<p>Hand auf den Kopf, Ellenbogen zeigt nach vorn</p>  <p>Dies ist möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>lassen Sie weiterhin die Hand auf dem Kopf und drehen Sie nun den Ellenbogen zur Seite</p>  <p>Dies ist möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Hand am Hinterkopf, Ellenbogen zeigt nach vorn</p>  <p>Dies ist möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>lassen Sie weiterhin die Hand am Hinterkopf und drehen Sie nun den Ellenbogen zur Seite</p>  <p>Dies ist möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Können Sie Ihren betroffenen Arm uneingeschränkt und schmerzfrei über dem Kopf bewegen (z.B. um eine Glühbirne über dem Kopf einzuschrauben, oder ein Buch aus einem hohen Regal holen) ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

D) Innenrotation:

Kreuzen Sie an, wie hoch Sie den **Handrücken** Ihrer betroffenen Seite **schmerzfrei** am Körper bewegen können:

Handrücken zum seitlichen Oberschenkel	Handrücken zum Gesäß	Handrücken zum Steißbein	Handrücken zur Gürtellinie	Handrücken zur oberen Taille	Handrücken auf Schulterblatthöhe
					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

IV. Kraft:

Bitte versuchen Sie, die folgende Messung besonders gewissenhaft auszuführen.

Zur Messung der Schulterkraft richten Sie sich eine stabile Tasche (z.B. Stoff-Einkaufstasche) und mehrerer Gegenstände bekannten Gewichtes (z.B. Gewichte, Saft-/Milchpackungen (1 Liter = 1 kg), o.ä.). Setzen Sie sich nun auf einen Stuhl und versuchen Sie, die entsprechend gefüllte Tasche wie auf der Abbildung für **5 Sekunden** anzuheben.

Achten Sie auch hier darauf, den **Rücken gerade** zu halten und **keine Ausgleichsbewegungen** zu machen

Wichtig:

Arm durchgestreckt!
Handrücken nach oben!
Bis zur **Waagerechten**.



Der Arm sollte **zur Seite und leicht nach vorne** (ca. 20°) zeigen.
Wie hier in der Ansicht von oben dargestellt.



Falls Sie den Arm auch ohne Gewicht nicht bis zur Waagerechten seitlich anheben können, heben Sie das Gewicht soweit es Ihr Bewegungsumfang zulässt und markieren Sie die Höhe mit einem Strich auf der obigen Abbildung.

Wie viel kg können Sie so **5 Sekunden** lang anheben? Eventuell auch mit mäßigen Schmerzen.

_____ kg

Vielen Dank !

Bemerkungen: