

ANAMNESEBOGEN SCHULTERBESCHWERDEN

Ausfüllen des Bogens am:

1. Name: _____

2. Geb.-Datum: _____

3. Geschlecht: weiblich männlich divers

4. Beruf: _____

5. Händigkeit: _____

6. Erkrankte Schulter: _____

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 der betroffenen Schulter? _____

10. Wie begannen die Schmerzen? akut/plötzlich langsam über Wochen/Monate

11. Wann bzw. wobei haben Sie Schmerzen?

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?

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?

In Ruhe _____

unter Belastung _____

14. Hatten Sie früher mal einen Unfall oder Beschwerden mit der betroffenen Schulter?

nein ja, wann? _____

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

nein ja

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? (Schulter, Ellenbogen/Hand, Oberarm, Nacken, Schulterblatt) _____

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

nein

ja, wegen Schmerzen

ohne Schmerzen

bestimmte Bewegungen

Anheben des Arms

Drehen des Oberarms

Heben von schweren Gegenständen

19. Wobei haben Sie Funktions- oder Bewegungsstörungen?

Überkopftätigkeiten

Drehbewegungen

Kombination (z.B Wurfbewegungen)

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

nein

ja, bei normaler Bewegung

bei Kraftanstrengung

wegen Schmerzen

21. Empfinden Sie Gefühlsstörungen wie Kribbeln oder Taubheitsgefühle?

nein

ja, wo? _____

22. Ist Ihre Schulter bereits operiert worden?

nein

ja, wenn ja, wann und wo? _____

23. Wurde eine Röntgen-, MRT- oder CT-Untersuchung der Schulter durchgeführt?

nein

ja, wenn ja, wann und wo? _____

24. Wurden bereits Therapien wegen der betroffenen Schulter durchgeführt?

nein

ja, durch wen? _____

Welche Therapie? _____

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