

Fragebogen zu Fuß- und/oder Sprunggelenkbeschwerden

1. Name: _____ 2. Geb.-Datum: _____
3. Geschlecht: weiblich männlich
4. Beruf: _____
5. Standbein: rechts links
6. Erkrankter Seite: rechts links
7. Betreiben Sie Sport? nein ja, welchen? _____
8. Fuß-/Sprunggelenkbelastende Sportarten (z.B. Hand-, Fußball, etc.): nein ja
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?

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"/> | <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 dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?

nein ja wenn ja, wann? _____

grobe Schilderung des Unfallhergangs: _____

15. Haben Sie sich Ihr Sprunggelenk schon einmal (stärker) verstaucht („umgeknickt“)?

nein ja wenn ja, durch einen Unfall? ja nein

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

nein ja wenn ja, welche? _____

17. Ist der Schmerz ausstrahlend?

nein ja wenn ja, wohin? in den Unterschenkel im Fuß

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen in dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?

nein ja wenn ja

- wegen Schmerzen
- ohne Schmerzen
- bei (bestimmten) Bewegungen
- beim Gehen
- beim Gehen auf unebenem Untergrund
- beim Laufen
- beim _____

19. Verspüren Sie einen Kraftverlust/-mangel an dem Bein?

nein ja wenn ja, bei

- normaler Bewegung
- bei Kraftanstrengung
- wegen Schmerzen

20. Empfinden Sie Gefühlsstörungen wie Kribbeln oder „Ameisenlaufen“ oder Taubheitsgefühle an dem Fuß oder Sprunggelenk?

nein ja wenn ja, wo? _____
wann? _____
wie? _____
abhängig von der Fußposition? _____

21. Ist Ihr Fuß/Sprunggelenk bereits operiert worden?

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

22. Wurde bei Ihnen bereits eine Röntgen-, MRT- und/oder eine CT-Untersuchung des betroffenen Fußes oder Sprunggelenks durchgeführt?

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

23. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen des betroffenen Fußes oder Sprunggelenks durchgeführt worden?

nein ja

wenn ja, durch wen?

- Hausarzt/Hausärztin
- Facharzt/Fachärztin Chirurgie/Orthopädie
- Physiotherapie
- Einlagenversorgung

wenn ja, welche Therapie? _____

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