

Fragebogen zu Handbeschwerden

1. Name: _____ 2. Geb.-Datum: _____
3. Geschlecht: weiblich männlich
4. Beruf: _____
5. Händigkeit: Rechtshändigkeit Linkshändigkeit Beidhändigkeit
6. Erkrankte Hand: rechts links
7. Betreiben Sie Sport? nein ja, welchen? _____
8. Handbelastende Sportarten (z.B. Hand-, Basket-, Volleyball, Tennis etc.):
 nein ja welchen? _____
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in der betroffenen Hand?

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 der betroffenen Hand?

nein ja wenn ja, wann? _____

grobe Schilderung des Unfallhergangs: _____

15. War Ihre Hand schon einmal verletzt (z.B. Schnittverletzung, Verstauchung, Knochenbruch)?

nein ja wenn ja, wie? _____

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

nein ja wenn ja, welche? _____

17. Ist der Schmerz ausstrahlend?

nein ja wenn ja, wohin? nur Hand Finger
 Unterarm Oberarm

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen in der betroffenen Hand?

nein ja wenn ja wegen Schmerzen
 ohne Schmerzen
 bei (bestimmten) Bewegungen
 beim Drehen des Unterarms
 beim Heben von schweren Gegenständen

19. Verspüren Sie einen Kraftverlust/-mangel an der Hand bzw. dem Arm?

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

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

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

21. Ist Ihre Hand bereits operiert worden?

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

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

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

23. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen der betroffenen Hand 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!