

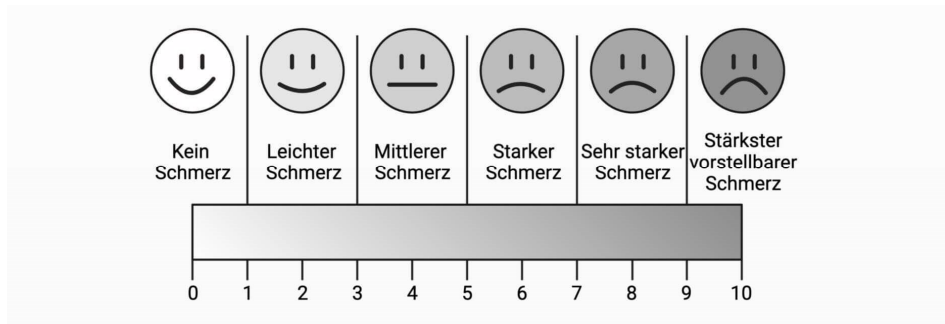
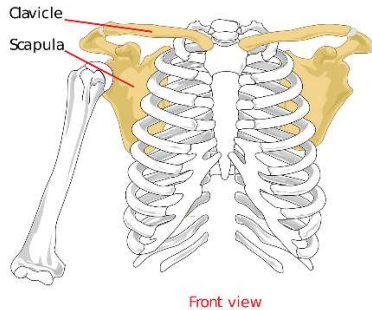
Liebe/r Patient*in, bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Bezug auf Ihre Schulterbeschwerden möglichst vollständig aus, vielen Dank!

Name: _____

Datum: _____

Wo ist der Schmerz? → Bitte einzeichnen

Wie stark ist der Schmerz? Bitte ankreuzen:



Wie ist der Schmerz?

brennend stechend ziehend dumpf einschließend

Haben Sie einen Ruheschmerz/Dauerschmerz? Wie stark? (1-10 s. o.) _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Gab es einen Auslöser? Nein Ja: _____

Wodurch wird es besser:

Ruhe Bewegung Wärme Kälte sonstiges: _____

Gab es Verletzungen oder Operationen in folgenden Bereichen:

Schultergelenk: Nein Ja: _____

Halswirbelsäule: Nein Ja: _____

Brustwirbelsäule oder Rippen: Nein Ja: _____

Kiefergelenk: Nein Ja: _____

Was machen Sie beruflich? _____

Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig? _____

Schränken die Beschwerden Sie ein:

Im Berufsleben? Nein Ja _____

Beim Sport? Nein Ja _____

Im Alltag? Nein Ja _____

Haben Sie weitere Erkrankungen? Nein Ja: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Nein Ja: _____