



Münchner Schulterbogen

Chirurgische Klinik-Innenstadt
Schulterambulanz

M. A. Beirer, F. Schmidutz, V. Bogner, V. Braunstein, P. Biberthaler

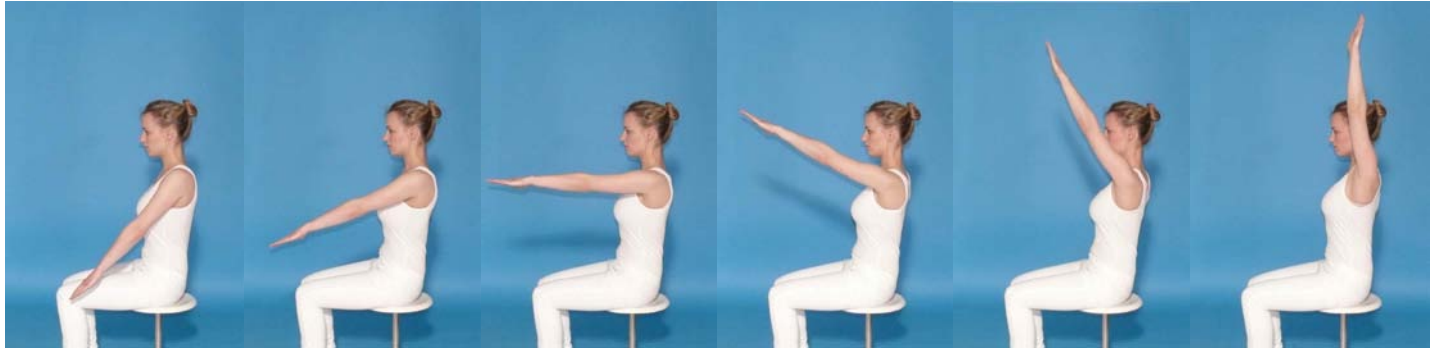
Bitte beantworten Sie **jede Frage** mit genau **einem Kreuz!**

Datum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Betroffene Schulter:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide Seiten
Dominante Seite:	<input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder
Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja, als: _____ - <input type="checkbox"/> nein, falls nein, wegen der Schulter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentner	<input type="checkbox"/>
Hausfrau	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente wegen Schulterschmerzen auf der/n betroffenen Seite/n?	
<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche: _____ - _____ - _____ -
<input type="checkbox"/> nein	
Für welche Schulter wird der Fragebogen ausgefüllt?	
<input type="checkbox"/> rechte	<input type="checkbox"/> linke

Beweglichkeit

Flexion

Ist es Ihnen möglich, den gestreckten Arm in der gezeigten Position nach vorne anzuheben?



Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Abduktion

Ist es Ihnen möglich, den gestreckten Arm in der gezeigten Position zur Seite anzuheben?



Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Innenrotation

Wie hoch können Sie den Handrücken Ihrer betroffenen Seite schmerzfrei an Ihrem Körper bewegen?



Oberschenkel

Gesäß

Steißbein

Gürtellinie

obere Taille

Schulterblatt

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Nein

Reichweite der Hand

Kreuzen Sie bitte an, wie hoch Sie die Hand Ihrer betroffenen Seite bewegen können:



Gürtellinie

 Ja

 Nein

Brust

 Ja

 Nein

Hals

 Ja

 Nein

Kopf

 Ja

 Nein

über Kopf

 Ja

 Nein

Außenrotation



Ist es Ihnen möglich:

- die Hand auf den Kopf zu legen
- sodass der Ellenbogen nach vorne zeigt

 Ja

 Nein


Ist es Ihnen möglich:

- aus der vorherigen Position heraus
- den Ellenbogen zur Seite zu drehen?

 Ja

 Nein


Ist es Ihnen möglich:

- die Hand in den Nacken zu legen
- sodass der Ellenbogen nach vorne zeigt?

 Ja

 Nein


Ist es Ihnen möglich:

- aus der vorherigen Position heraus
- den Ellenbogen zur Seite zu drehen?

 Ja

 Nein

Kraftmessung in Abduktion

Zur Messung der Kraft ist es wichtig, dass Sie sich

- eine stabile Tragetasche und
- mehrere Gegenstände bekannten Gewichts (Saft- /Milchpackung (1 Liter = 1 Kilogramm), Gewichtscheiben).

Setzen Sie sich nun wie auf den Bildern gezeigt auf den Stuhl und **heben die gefüllte Tasche für 5 Sekunden** an. Den Rücken sollten sie dabei gerade halten und keine Ausgleichbewegungen durchführen.

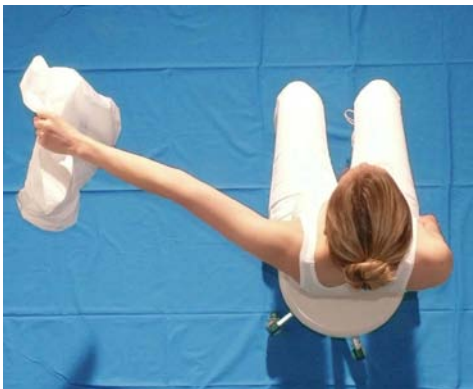
Abduktion 90°

Ansicht von vorne:



- Arm durchstrecken
- Handrücken nach oben
- Arm bis zur Waagerechten 90° anheben

Ansicht von oben:



- Der Arm sollte leicht nach vorne zeigen (ca. 20°)!

- Wie viele kg können Sie so 5 Sekunden lang anheben? _____, ____ kg

Schmerz

Folgende Fragen beziehen sich auf die Stärke Ihrer Schulterschmerzen **ohne Schmerzmedikamente**.

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, dass der Stärke Ihrer Schulterschmerzen am besten entspricht.

Wie stark war der heftigste Schmerz in den vergangenen 14 Tagen (egal bei welcher Tätigkeit)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark sind Ihre durchschnittlichen Schulterschmerzen bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark sind Ihre Schulterschmerzen während der Arbeit / Beruf?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark sind Ihre Schulterschmerzen während Ihrer Freizeit / beim Sport?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark sind Ihre Schmerzen während des Schlafes?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfinden Sie ein Kribbeln in der betroffenen Schulter?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeit & alltägliche Aktivitäten

Wie stark sind Sie durch Ihre Schulterprobleme bei Ihrer Arbeit / Beruf / Haupttätigkeit eingeschränkt?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	unerträglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, einen Pullover anzuziehen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, eine Hose anzuziehen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, sich den Rücken zu waschen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, einen Gegenstand von ca. 5 kg (z.B. Einkaufstasche, Aktenkoffer) seitlich zu tragen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, sich die Haare zu waschen oder zu kämmen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, einen Gegenstand auf ein Regal über Ihrem Kopf zu stellen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, einen schweren Gegenstand wegzuschieben oder eine schwere Türe aufzuschieben?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei der Toilettenhygiene?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Freizeit / Sport

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei leichter Hausarbeit (z.B. Gemüse schneiden, Schreiben, Bügeln, einen Schlüssel im Türschloss umdrehen)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei mittel-schwerer Hausarbeit (z.B. Waschbecken putzen, Töpfe oder Pfannen schrubben, Wäsche von Hand waschen)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei schwerer Hausarbeit (z.B. Schneeschippen, Rasenmähen)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten einen leichten Ball über Kopf zu werfen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei einer leichten Sportart (z.B. Minigolf, Kegeln, Boule, Boccia, Frisbee)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten bei einer schweren Sportart (z.B. Schwimmen, Golf, Volleyball, Tennis)?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soziales Leben

Haben Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten, öffentliche Verkehrsmittel (Bus, U-Bahn) zu benutzen?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie durch Ihre Schulter in Ihren sozialen Interaktionen (z.B. Freunde treffen) beeinträchtigt?

keine	wenig	mäßig	stark	sehr stark	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig machen Sie sich Sorgen / Grübeln über Ihre Schulter?

nie	selten	manchmal	oft	sehr	ständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe und Bemühungen !!!