



SCHMERZFRAGEBOGEN OBERES/UNTERES SPRUNGGELENK; FUSSWURZELKNOCHEN UND ZEHENGELLENKE SOWIE FÜSSE

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Versicherungsstatus
(TK, DAK, BEK, Debeka, BKK etc.): _____

1. Wo lokalisieren Sie den Schmerz?

- rechts links beidseitig
- Direkt im oberen Sprunggelenk
- Am Außenknöchel und/oder unterhalb des Außenknöchels
- Auf dem Innenknöchel und/oder unterhalb des Innenknöchels
- Im Bereich der Achillessehne
- Hintere Ferse
- Unter der Ferse innen gelegen
- Unter der Ferse mittig gelegen
- Am Fußrücken
- Unterhalb der Fußsohle
- Unterhalb der Zehengrundgelenke
- Im Bereich der Zehengrundgelenke
- Unter den Zehen
- Im Großzehengrundgelenk
- An der Außenseite des 5. Mittelfußknochens
- Anderswo (bitte genau beschreiben):

2. Liegt ein Unfall (Trauma) vor?

- Ja Nein

Wenn ja, wo genau, wann und wie wurde er behandelt?



3. Knicken Sie öfters mit dem Fuß um?

Ja Nein

4. War das obere/untere Sprunggelenk oder der Fuß schon einmal gebrochen?

Ja Nein

Wenn ja, wo und wann und wie wurde es behandelt?

5. Tragen Sie Einlagen?

Ja Nein

6. Haben Sie Schmerzen in Ruhe?

Ja Nein

7. Haben Sie Schmerzen bei Belastung?

Ja Nein

8. Haben Sie Schmerzen bei Ruhe und Belastung?

Ja Nein

9. Haben die oben genannten Therapien geholfen?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange und welche Therapie half:

10. Haben Sie Schmerzen an der Innenseite der Ferse?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

11. Haben Sie Schmerzen direkt unter der Ferse?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

12. Haben Sie Schmerzen in der Achillessehne und/oder Schmerzen 2 Querfinger oberhalb des Ansatzes mit Verdickung der Achillessehne (Schleimbeutelentzündung neben der Achillessehne)?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

13. War die Achillessehne mal gerissen?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig



14. Sind schon Operationen im oberen/unteren Sprunggelenk, an den Sehnen, Muskeln, Bändern sowie Füßen durchgeführt worden?

Ja Nein

Wenn ja, wo, wann und was (soweit wie möglich genau beschreiben):

14. Haben Sie Schmerzen an der Innenseite der Fußwurzelknochen?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

15. Haben Sie Schmerzen an der Großzehe?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

16. Schwillt die Großzehe öfter an, und ist sie verdickt und zum Teil gerötet?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

17. Leiden Sie an Gicht?

Ja Nein

18. Kennen Sie Ihren Harnsäurewert?

Ja Nein

Wenn ja, wie hoch war er?

19. Nehmen Sie Medikamente gegen Gicht?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

20. Knicken Sie öfter um?

Ja Nein

Wenn ja,

mehr mit dem Fußaußenrand

mehr mit dem Fußinnenrand

21. Haben Sie Schmerzen in den Zehengrundgelenken?

Ja Nein

Wenn ja,

auf dem Fußrücken

unter der Fußsohle

22. Haben Sie Krallenzehe?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

23. Haben Sie Hammerzehe?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig



24. Wurden Röntgenaufnahmen des oberen oder untere Sprunggelenkes oder der Füße durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

Wie lange ist es her? _____

Falls Ihnen die Bilder oder ein Befundbericht vorliegen, die jünger als 1 Jahr sind, bitte ich Sie höflichst, diese zur Untersuchung mitzubringen.

25. Wurde ein CT des oberen/unteren Sprunggelenkes durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

Wenn jünger als 1 Jahr bitte CT Bilder und Befundbericht mitbringen

26. Wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) des oberen/unteren Sprunggelenkes und/oder der Füße durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

Wenn ja, wann, wo (bitte Bilder und Bericht, wenn jünger als 1 Jahr alt mitbringen)

27. Leiden Sie an einer rheumatoiden Arthritis?

Ja Nein

28. Leiden Sie an einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises wie

Dick- und/oder Dünnarmerkrankung (Colitis ulcerose, Morbus Crohn)

Morbus Bechterew

Schuppenflechte (Psoriasis)

Erkrankung der ableitenden Harnwege

Erkrankungen der Bronchien und der Atemwege (vor ca. 6-8 Wochen)

Erkrankungen des Magen-Darm Traktes (vor ca. 6-8 Wochen)

Zeckenbiss mit ggfs. Infektion (Borreliose)

29. Hatten Sie als Kind eine Fußdeformität?

Ja Nein

Wenn ja, links rechts beidseitig

Wenn ja, welche Fußdeformität lag vor?

Sichelfuß

Klumpfuß

Hohlfuß

Hackenfuß

Senkfuß

Klammerfuß

Kinderlähmung (Polio)

30. Waren Sie als Kind Zehenspitzenhänger?

Ja Nein

31. Haben Sie als Kind Einlagen getragen?

Ja Nein



32. Haben Sie Kribbeln, Gefühlsstörungen oder Taubheit in der Großzehe?

- Ja Nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

33. Haben Sie Taubheit, Kribbeln oder Gefühlsstörungen unter der Fußsohle und in der Kleinzehe?

- Ja Nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

34. Haben Sie Schmerzen vom Rücken ausstrahlend in das Bein bis zum Fuß?

- Ja Nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

35. Wohin strahlt der Schmerz genau?

- Fußrücken/Großzehe
 Fußsohle/Kleinzehe
 Vorderer Unterschenkel
 Andere Bereiche (bitte genau beschreiben)

Leiden Sie an einer Vielnerveschädigung (Polyneuropathie)?

- Ja Nein

36. Wie wurden bisher die Schmerzen im oberen/unteren Sprunggelenk oder Fuß behandelt?

Medikamente:

- Ibuprofen
 Diclofenac
 Morphinhaltige Medikamente
 Schmerztabletten
 Andere Medikamente (bitte genau benennen)

Physikalische Therapie (Wärme/Kälte, Strombehandlung, TENS, etc)

Einlagenversorgung

Andere Hilfsmittel (z.B. Bandagen)

Zehenspreizer

Injektionen (wenn ja, bitte genau beschreiben wohin gespritzt wurde, was und wie oft gespritzt wurde und wann zuletzt)

Salbenverbände

Einrenken (Chirotherapie)

Infusionen

Alternative Therapien wie z.B. Magnetfeldtherapie, Laser, Akupunktur

Wenn ja, bitte genau beschreiben was, wann und wo:

Krankengymnastik

Manuelle Therapie

Osteopathie

Muskelstimulierende Einlagen