



## PATIENTENFRAGEBOGEN HANDGELENK UND FINGER

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

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

Bitte kreuzen Sie an:

- Rechtshänder  
 Linkshänder  
 Beidhändig

1. Haben Sie schon mal einen Bruch im Bereich des Handgelenkes erlitten?

ja       nein

2. Wenn ja, wann, wo und wie wurde er behandelt?

ja       nein

Bitte genau beschreiben:

3. Haben Sie noch Schmerzen und/oder Bewegungseinschränkungen und/oder Schwellungen bei Ruhe und Belastung im Handgelenk?

ja       nein

4. Haben Sie einen Unfall am Handgelenk und/oder den Fingern erlitten?

ja       nein

Wenn ja:       rechts       links       beidseitig

Bitte genau beschreiben:



**5. Haben Sie einen Bruch der Handwurzelknochen und/oder Fingern erlitten?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

Bitte genau beschreiben:

---

---

**6. Haben Sie ein Steifigkeitsgefühl in den Fingern?**

ja nein

Wenn ja, wie lange und wann (Morgens Tagsüber, Abends)?

**7. Schlafen die Finger nachts ein?**

ja nein

**8. Welche Finger schlafen Nachts ein?**

Die ersten 3 Finger mit ggfs. Hälfte des Ringfingers

Kleinfinger mit Hälfte des Ringfingers

Die gesamte Hand

**9. Können Sie einen Faustschluss machen?**

ja nein

**10. Verspüren Sie strangförmige und/oder knötchenartige Veränderungen in der Handinnenfläche?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

**11. Merken Sie Verformungen der Fingermittel- und/oder Endgelenke?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

**12. Haben Sie Schmerzen im Daumengrundgelenk?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

**13. Haben Sie Schmerzen im Daumenendgelenk?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

**14. Haben Sie Schmerzen direkt im Handgelenk?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

**15. Haben Sie Schmerzen mit teilweise Gefühlsstörungen beim Fahrrad fahren?**

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig



16. Wenn Sie das Handgelenk beugen, wölbt sich dann im Handgelenk eine Struktur hervor?

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

17. Haben Sie Schmerzen beim Händedruck?

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

18. Führen Sie Handgelenk- und/oder Finger belastende berufliche Tätigkeiten aus?

ja nein

19. Führen Sie Finger-, Hand- und Handgelenks belastende sportliche Tätigkeiten aus?

ja nein

20. Haben Sie Schmerzen beim Strecken des Handgelenkes und/oder Abspreizen des Handgelenkes zum Kleinfinger?

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

21. Sind Sie öfter auf die Hand und/oder das Handgelenk gefallen?

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

22. Unter welchen Erkrankungen leiden Sie zudem (mehrere Antworten möglich)?

Diabetes mellitus

Übergewicht

Schuppenflechte

Rheumatische Erkrankung

Stoffwechselerkrankung (z.B. Gicht)

Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems

Erkrankungen der Atemwege

Erkrankungen des Magen-Darm Traktes

23. Sind Verschleißerkrankungen bei Ihnen in der Familie bekannt?

ja nein

24. Haben Sie das Gefühl, dass die Feinmotorik in Ihren Fingern nachlässt?

ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig



**25. Welche Therapien wurden bisher an den Fingergelenken, der Hand und den Handgelenken durchgeführt?**

- Einrenken (Chirotherapie)
- Physikalische Therapie (z.B. Kälte, Wärme, Strom, Tens, Ultraschall etc.)
- Spritzen

Wenn ja wohin, wann und was (bitte so genau wie möglich beschreiben) und ggfs. von wem:

---

---

- Hilfsmittel (z.B. Bandage, Fingerring etc.)
- Schmerzinfusion
- Alternative Therapien (z.B. Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Akupunktur, Injektionen mit homöopathischen Mitteln u.a. Hyaluronsäure, körpereigene entzündungshemmende Mittel etc.)

Bitte genau beschreiben welche alternativen Therapien durchgeführt wurden:

- Magnetfeldtherapie
- Lasertherapie
- Spritzen mit Hyaluronsäure
- Nahrungsergänzungsmittel
- Spritze mit körpereigenem Mittel (z.B. Orthokin ® )
- Andere (bitte genau beschreiben)

**26. Welche anderen Ärzte und/oder Hausärzte haben Sie bisher wegen Erkrankungen der Hand und/oder Finger aufgesucht (mehrere Antworten möglich)?**

- Allgemeinmedizin
- Internist
- Orthopäde
- Neurologe
- Rheumatologe
- Hals-Nasen-Ohrenarzt
- Urologe
- Neurochirurg

Wenn Sie schon einmal beim Neurologen waren, was wurde genau gemessen und welches Ergebnis kam dabei heraus?

Bitte genau beschreiben wann, wo und was, am Besten mit Befundbericht

---

---

**27. Welche bisherigen diagnostischen Untersuchungen wurden durchgeführt?**

- Ultraschall
- Röntgenaufnahmen
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)

Wenn Untersuchungen durchgeführt wurden, bitte ich Bilder und Befundberichte die nicht älter als 1 Jahr sind, zur Untersuchung mitzubringen.



28. Wurden Nervenleitungsgeschwindigkeiten beim Neurologen gemessen?

ja      nein

Wenn ja, bitte Befundbericht mitbringen.

29. Wann wurde Ihnen das letzte Mal Blut abgenommen (z.B. Entzündungswerte, großes Blutbild, Leberwerte, Nierenwerte)

Wenn ja, was \_\_\_\_\_

Bitte Befunde die nicht älter als 1 Jahr sind mitbringen.

30. Wurden Sie betr. der Blutwerte schon mal auf Rheuma untersucht z.B. Werte wie Harnsäure, C-reaktives Protein, Blutsenkung, kleines/großes Blutbild, Immunelektrophorese, CCP, HLAB 27, Borrelien, Shigellen, Clamydien, Yesinen etc.

ja      nein

Wenn ja, Laborbefunde unbedingt mitbringen.

Vielen Dank für die ausführliche und genaue Beantwortung des Fragebogens im Sinne Ihrer Gesundheit und zur Optimierung der Diagnostik und Therapie auf schulmedizinischer und naturheilkundlicher Basis in unserer Praxis.

Weitere Fragen werden wir in einem persönlichen Gespräch ausführlich mit Ihnen erörtern.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Dr. med. Peter Weih samt Praxisteam!