



PATIENTENFRAGEBOGEN HÜFTGELENK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

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

1. Haben Sie Erkrankungen im Bereich der Hüftgelenke im Kleinkind-, Kinder- oder Jugendalter erlitten?

ja nein

2. Ist bei Ihnen eine Fehlanlage des Hüftgelenkes bekannt?

ja nein

3. Haben Sie als Kind eine Spreizhose getragen oder wurden die Hüftgelenke breit gewickelt?

ja nein

4. Hatten Sie eine Infektion in einem oder beiden Hüftgelenk/gelenken als Kind?

ja nein

5. Wurden Sie schon einmal an der Hüfte behandelt?

ja nein

Wenn ja, links oder rechts, wann und wo sowie durch wen: _____

6. Hinken Sie beim Laufen?

ja nein

7. Können Sie auf einem Bein stehen, ohne dass die freie Beckenseite wegkippt?

ja nein

8. Haben Sie Schmerzen in der Leiste?

ja nein

Wenn ja, links rechts beidseitig



9. Haben Sie Schmerzen im vorderen Oberschenkel?

ja nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

10. Haben Sie Schmerzen im Kniegelenk?

ja nein
Wenn ja, innen außen
hinten oberhalb der Kniescheibe unten unterhalb der Kniescheibe in der Kniekehle

11. Ist bei Ihnen eine Beinlängendifferenz bekannt?

ja nein
Wenn ja, welches Bein ist kürzer? links rechts wie viele Zentimeter: _____

12. Tragen Sie einen Beinlängenausgleich?

ja nein
Wenn ja, um wie viel Millimeter oder Zentimeter?

13. Haben Sie Schmerzen an der Seite der Hüfte (sprich dem großen Rollhügel)?

ja nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

14. Können Sie auf der schmerzhaften Seite liegen?

ja nein

15. Haben Sie Schmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule?

ja nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

16. Strahlt der Schmerz von der unteren Lendenwirbelsäule in das Bein aus?

ja nein
Wenn ja wohin? Bitte genau beschreiben.

16a. Strahlt der Schmerz in das Gesäß aus?

ja nein links rechts beidseitig

16b. Strahlt der Schmerz in die Leiste aus?

ja nein links rechts beidseitig

16c. Strahlt der Schmerz in den vorderen Oberschenkel aus?

ja nein links rechts beidseitig

16d. Strahlt der Schmerz in den vorderen Oberschenkel aus und/oder an die Innenseite des Kniegelenkes?

ja nein links rechts beidseitig

16e. Strahlt der Schmerz in den hinteren Oberschenkel bis zum Knie aus?

ja nein links rechts beidseitig

16f. Strahlt der Schmerz in den hinteren Oberschenkel bis zur Ferse Richtung Kleinzehe?



ja nein links rechts beidseitig

**16g. Strahl der Schmerz in den hinteren Oberschenkel über das Schienbein Richtung
Grosszehe?**

ja nein links rechts beidseitig

16h. Haben Sie ein Taubheits- und/oder Sensibilitätsgefühl bzw. ein Kribbeln?

ja nein
Wenn ja, links rechts wo genau? _____

17. Spüren Sie einen Kraftverlust im Bein?

ja nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

18. Ist eine Durchblutungsstörung der Beine bekannt?

ja nein
Wenn ja, links rechts beidseitig

19. Wie lange bestehen die Schmerzen?

unter 4 Wochen über 4 Wochen
unter 6 Monate über 6 Monate
___wie viele Jahre

20. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

Medikamente z.B. Ibuprofen, Diclofenac, etc.
Morphinhaltige Medikamente
Krankengymnastik
Krankengymnastik am Gerät
Physikalische Therapieverfahren (z.B. Wärme, Kälte, Strombehandlungen, Tens etc.)
Akupunktur
Andere naturheilkundliche Verfahren

Wenn ja, welche

- Chirotherapie
- Neuraltherapie (Quaddeln)
- Injektionen
- Hilfmittelversorgung (Bandage etc.)
- Osteopathie
- Infusionen

21. Liegen Röntgenbilder vor?

ja nein
Wenn ja, wie alt (unter einem Jahr bitte mitbringen mit Befundbericht)?

22. Wurde ein CT und/oder MRT durchgeführt?

ja nein
Wenn ja, wie alt (unter einem Jahr bitte mitbringen mit Befundbericht)?



23. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

24. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

ja nein

25. Haben Sie Schmerzen an anderen orthopädischen Gebieten wie z.B.

- Gelenke _____
- Halswirbelsäule _____
- Brustwirbelsäule _____
- Lendenwirbelsäule _____
- Muskeln/Weichteile _____
- Nervenschmerzen /Gefühls- und/oder Kraftstörungen _____

Bitte geben Sie den Ort und wie lange die Schmerzen schon bestehen an.

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!