



PATIENTENFRAGEBOGEN KNIEGELENK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

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

1. Seit wann haben Sie Kniegelenksschmerzen?

- Wochen
 Monate
 Jahre

2. Welches Kniegelenk ist betroffen?

- links rechts beide

3. Hatten Sie einen Kniegelenksunfall erlitten?

- ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

4. Sind Operationen am Kniegelenk durchgeführt worden?

- ja nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

Wenn ja, wann, was und wo: _____

5. Seit wann sind die Schmerzen aktuell?

- ____ Wochen
____ Monate
____ Jahre



6. Wo lokalisieren Sie die Schmerzen (mehrere Antworten möglich)?

- Innenseitig
- Außenseitig
- Oberhalb der Kniescheibe
- Unterhalb der Kniescheibe
- In der Kniekehle

7. Haben Sie ein Instabilitätsgefühl?

- ja
- nein

Bei positivem Instabilitätsgefühl, wo sackt das Knie weg?

- nach innen
- nach außen
- nach vorne
- nach hinten

8. Schwillt das Knie an?

- ja
- nein

Wenn ja:

- in Ruhe
- nur bei Belastung
- in Ruhe und Belastung

9. Besteht eine Schwellung in der Kniekehle?

- ja
- nein

10. Besteht ein messerstichartiger Schmerz?

- ja
- nein

Wenn ja:

- innen
- außen

11. Haben Sie Schmerzen in der Leiste und/oder dem vorderen Oberschenkel?

- ja
- nein

12. Haben Sie Rückenbeschwerden (LWS)?

- ja
- nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

13. Ziehen die Schmerzen bis in das Bein?

- ja
- nein

Wenn ja: rechts links beidseitig

14. Ziehen die Schmerzen vom Rücken bis

- in die Leiste
- vorderen Oberschenkel
- zur Knieinnenseite
- hinteren Oberschenkel bis zum Knie
- hinterer Oberschenkel bis über das Schienbein bis zur Großzehe
- hintere Ober- und Unterschenkel bis zur Fußsohle und Kleinzehe
- auch im Gesäß



15. Merken Sie einen Kraftverlust im Bein?

- ja nein
Wenn ja: rechts links beidseitig

16. Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung bekannt?

- ja nein

17. Haben Sie folgende Erkrankungen vor 4-6 Wochen gehabt?

- Erkrankungen der ableitenden Harnwege
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
Durchfallerkrankungen
Erkrankungen der Bronchien und Atemwege

18. Leiden Sie an Schuppenflechte (Psoriasis)?

- ja nein

19. Haben Sie einen Zeckenbiss erlitten?

- ja nein
Wenn ja, wann _____

20. Besteht bei Ihnen eine chronische Dick- oder Dünndarmerkrankung (Morbus Crohn, Collitis ulcerosa)?

- ja nein

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!