

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

III. Freizeit

Bitte kreuzen sie für beide Schultern an, ob sie durch deren Funktion oder durch Schmerzen bei den Aktivitäten in ihrer **Freizeit** (Hobby, Sport, Garten, etc.) eingeschränkt sind.

	rechte Schulter	linke Schulter
a. nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. weniger als zur Hälfte eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. zur Hälfte eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. mehr als zur Hälfte eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. vollständig eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Arbeitshöhe

Kreuzen sie bitte an, bis zu welcher Höhe sie Tätigkeiten verrichten können, ohne eingeschränkt zu sein oder Schmerzen zu empfinden. Tätigkeiten (wie z.B. Wäsche auf die Leine hängen) sind möglich bis einschließlich:

	rechte Schulter	linke Schulter
a. Gürtelhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nackenhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Scheitelhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. über den Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Schlaf

Kreuzen sie bitte an, ob sie in ihrem **Schlaf** durch Schmerzen in der Schulter gestört sind.

	rechte Schulter	linke Schulter
a. nicht gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gelegentliches Aufwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. regelmäßiges Aufwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kreuzen sie bitte bei jedem Bild und für beide Schultern an, ob sie die Bewegung schmerzfrei ausführen können.

VI. Schmerzfreies Heben des Armes nach vorne

					
0 - 30°	31 - 60°	61 - 90°	91 - 100°	121 - 150°	>150°
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links				

VII. Schmerzfreies seitliches Anheben des Armes

					
0 - 30°	31 - 60°	61 - 90°	91 - 100°	121 - 150°	>150°
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links				

VIII. Schmerzfreie Innendrehung hinter dem Körper

					
	bis Taschen- beginn	bis unter Gürtel	Gürtel	über Gürtel	zwischen Schulterblätter
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links				



IX. Schmerzfreie Außenrotation



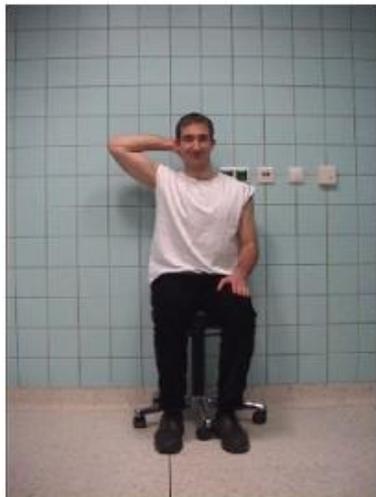
- rechts
- links

Hand im Nacken
Ellenbogen
vorne



- rechts
- links

Hand auf Scheitel
Ellenbogen
vorne



- rechts
- links

Hand im Nacken
Ellenbogen
seitlich



- rechts
- links

Hand auf Scheitel
Ellenbogen
seitlich



- rechts
- links

Hand über
Kopf

Keine der Bewegungen ist
schmerzfrei möglich!

- rechts
- links



Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

X. Kraftmessung

Zur Kraftmessung füllen sie bitte eine Tasche mit Gewichten z.B. 1 Liter Tetra-Pak Tüten (Milch/ Saft) 1 Liter Plastikflaschen, 1kg Zucker oder Mehl und halten sie diese in der untern abgebildeten Stellung für 5 Sekunden. Geben sie dann an, wie viel kg sie halten können.



Arm im rechten Winkel vom Körper
abspreizen und ihn leicht vor den
Körper halten

rechts:

Gewicht: ____ kg

links:

Gewicht: ____ kg

Punktwert = Gewicht * 25/12 (max 25)

Anmerkungen:

Summe rechts: _____ Betroffene Seite

Summe links: _____ Betroffene Seite

Mit freundlicher Genehmigung aus:

Boehm TD, Wollmerstedt N, Doesch M, Handwerker M, Mehling E, Gohlke F.

Entwicklung eines Fragebogens basierend auf dem Constant-Murely Score zur Selbstevaluation der Schulterfunktion durch den Patienten. Unfallchirurg 2004; 107: 397-402

