

## Fragebogen zu Fuß- und/oder Sprunggelenkbeschwerden

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  weiblich  männlich
4. Beruf: \_\_\_\_\_
5. Standbein:  rechts  links
6. Erkrankter Seite:  rechts  links
7. Betreiben Sie Sport?  nein  ja, welchen? \_\_\_\_\_
8. Fuß-/Sprunggelenkbelastende Sportarten (z.B. Hand-, Fußball, etc.):  nein  ja
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?  
\_\_\_\_\_
10. Wie begannen die Schmerzen?  akut  langsam über Wochen/Monate
11. Wann bzw. wobei haben Sie Schmerzen? *(Mehrfachnennung möglich)*
- gelegentlich (z.B. 1-2mal/Woche)
  - häufig (z.B. jeden Tag)
  - ständig
  - während der Belastung
  - bei jeder Bewegung
  - nur bei bestimmten Bewegungen
  - nachts
12. Wie empfinden Sie den Schmerz? *(Mehrfachnennung möglich)*
- Druckgefühl
  - stechend
  - Überwärmung/Hitze
  - elektrisierend
  - reißend
  - gering
  - mittelmäßig
  - stark
  - sehr stark
  - sonstiges
13. Wie stark empfinden Sie den Schmerz auf der VAS-Skala von 1-10?  
*(1 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)*
- |                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| in Ruhe         | <input type="checkbox"/> |
| unter Belastung | <input type="checkbox"/> |

14. Hatten Sie früher (auch als Kind oder Jugendlicher) mal einen Unfall oder Beschwerden mit dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

grobe Schilderung des Unfallhergangs: \_\_\_\_\_

15. Haben Sie sich Ihr Sprunggelenk schon einmal (stärker) verstaucht („umgeknickt“)?

nein  ja wenn ja, durch einen Unfall?  ja  nein

16. Ist der Schmerz erstmals nach einer bestimmten Bewegung aufgetreten?

nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

17. Ist der Schmerz ausstrahlend?

nein  ja wenn ja, wohin?  in den Unterschenkel  im Fuß

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen in dem betroffenen Fuß/Sprunggelenk?

nein  ja wenn ja

- wegen Schmerzen
- ohne Schmerzen
- bei (bestimmten) Bewegungen
- beim Gehen
- beim Gehen auf unebenem Untergrund
- beim Laufen
- beim \_\_\_\_\_

19. Verspüren Sie einen Kraftverlust/-mangel an dem Bein?

nein  ja wenn ja, bei

- normaler Bewegung
- bei Kraftanstrengung
- wegen Schmerzen

20. Empfinden Sie Gefühlsstörungen wie Kribbeln oder „Ameisenlaufen“ oder Taubheitsgefühle an dem Fuß oder Sprunggelenk?

nein  ja wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
wann? \_\_\_\_\_  
wie? \_\_\_\_\_  
abhängig von der Fußposition? \_\_\_\_\_

21. Ist Ihr Fuß/Sprunggelenk bereits operiert worden?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_

22. Wurde bei Ihnen bereits eine Röntgen-, MRT- und/oder eine CT-Untersuchung des betroffenen Fußes oder Sprunggelenks durchgeführt?

nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_

23. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen des betroffenen Fußes oder Sprunggelenks durchgeführt worden?

nein     ja

wenn ja, durch wen?

- Hausarzt/Hausärztin
- Facharzt/Fachärztin Chirurgie/Orthopädie
- Physiotherapie
- Einlagenversorgung

wenn ja, welche Therapie? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie die entsprechenden Bilder und eventuell vorhandene Vorbefunde wie z.B. OP-Berichte zur Untersuchung möglichst mit!