

Fragebogen zu Hüftbeschwerden

1. Name: _____ 2. Geb.-Datum: _____
3. Geschlecht: weiblich männlich
4. Beruf: _____
5. Standbein: rechts links
6. Erkrankte Hüfte: rechts links
7. Betreiben Sie Sport? nein ja, welchen? _____
8. Hüftgelenkbelastende Sportarten (z.B. Hand-, Fußball etc.): nein ja
9. Seit wann haben Sie Schmerzen in der betroffenen Hüfte?

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 bzw. Belastungsaufnahme nach dem Aufstehen
 - nachts
 - beim Treppensteigen/Fahrradfahren
12. Wie empfinden Sie den Schmerz? *(Mehrfachnennung möglich)*
- Druckgefühl gering
 - stechend mittelmäßig
 - Überwärmung/Hitze stark
 - elektrisierend sehr stark
 - reißend 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unter Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

nein ja wenn ja, wann? _____

grobe Schilderung des Unfallhergangs: _____

15. Haben Sie sich Ihre Hüfte schon einmal verdreht/verstaucht?

nein ja

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

nein ja wenn ja, welche? _____

17. Ist der Hüftschmerz ausstrahlend?

nein ja wenn ja, wohin? Oberschenkel in den Unterschenkel
 Kniegelenk bis in den Fuß

18. Haben Sie Funktions- und/oder Bewegungsstörungen der betroffenen Hüfte?

nein ja wenn ja wegen Schmerzen
 ohne Schmerzen
 bei (bestimmten) Bewegungen
 beim Treppensteigen
 beim Beugen
 beim Strecken

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

nein ja wenn ja, bei bei normaler Bewegung
 bei Kraftanstrengung
 wegen Schmerzen

20. Empfinden Sie Gefühlsstörungen wie Kribbeln oder „Ameisenlaufen“ oder Taubheitsgefühle an dem betroffenen Bein?

nein ja wenn ja, wo? _____
wann? _____
wie? _____
abhängig von der Beinposition? _____

21. Ist Ihre Hüfte bereits operiert worden?

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

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

nein ja wenn ja, wann? _____
wo? _____

23. Sind bei Ihnen bereits Therapien wegen der betroffenen Hüfte durchgeführt worden?

nein ja

wenn ja, durch wen?

Hausarzt/Hausärztin

Facharzt/Fachärztin Chirurgie/Orthopädie

Physiotherapie

wenn ja, welche Therapie? _____

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