**PEIn-Studie: Fragebogen 1**

Probandennummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wird von der Studienleitung ausgefüllt)

Größe in cm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Welche ist Ihre führende Hand? Bitte kreuzen Sie an. ○ Rechtshänder/in

(„gemischt“ liegt dann vor, wenn Sie mit der anderen Hand schreiben) ○ Rechtshänder/in gemischt ○ Linkshänder/in

 ○ Linkshänder/in gemischt

□ Welche Tätigkeit üben Sie bei der Aesculap AG aus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In welchem Umfang? Vollzeit Teilzeit mit \_\_\_\_\_\_ %

□ Haben Sie Beschwerden an der oberen Extremität? Ja Nein

Wenn ja, an welcher Stelle genau? ○ Ellenbogen rechts / links

 ○ Unterarm rechts / links

○ Handgelenk rechts / links

 ○ Hand rechts / links

□ Besteht mindestens eine der folgenden Beschwerden/Erkrankungen/Therapien. Bitte markieren Sie, falls zutreffend:

○ chronische Schulterschmerzen oder Halswirbelsäulenbeschwerden, die in den Arm ausstrahlen

○ starke Funktionsbehinderung oder Fehlbildung der oberen Extremität seit Geburt

○ vom Rheumatologe festgestellte Rheumatoide Arthritis („Rheuma“) oder Fibromyalgie

○ erfolgt derzeit eine Handtherapie (Ergo- und/oder Physiotherapie) aufgrund einer chronischen Erkrankung der oberen Extremität

○ hatten Sie in der Vergangenheit eine oder mehrere Operationen an der oberen Extremität aufgrund von:

* + Nerveneinklemmungen wie z.B. Karpaltunnelsyndrom oder Sulcus ulnaris Syndrom
	+ Tennisellenbogen oder Golferellenbogen
	+ Sehnenscheidenentzündung der Streck- oder Beugesehnen
	+ Schnappfinger

□ Berufliche Nebentätigkeit/en (z.B. Landwirtschaft)? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Haben Sie bestimmte Hobbies? Ja Nein

Wenn ja, welche Hobbies (bis zu 3)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Genaue Beschreibung** (z.B. Joggen, Akkordeonspielen) | **Häufigkeit pro Woche** (z.B. 1x, 3x, usw.) |
| Hobby 1 |  |  |
| Hobby 2 |  |  |
| Hobby 3 |  |  |

□ Wie stark beurteilen Sie Ihre aktuellen (nicht vergangenen) Schmerzen an Hand, Handgelenk und/oder Unterarm in Ruhe und bei Bewegung/Belastung (**0= kein Schmerz, 10 = stärkster überhaupt vorstellbarer Schmerz**)? Bitte kreuzen Sie an.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **in Ruhe** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **bei Bewegung/Belastung** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Studienleiter

Priv.-Doz. Dr. med. Oliver Lotter

Dr. med. Jochen Molsner

Tobias Lieb