

## 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
  - 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 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!