

## Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

Gerne bitten wir Sie, Ihren Gesundheitszustand in diesem Fragebogen zu bewerten. Ihre Angaben zum Zustand vor und nach der Operation helfen uns, unsere Behandlungsqualität laufend zu verbessern. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie müssen Ihren Teilnahmeentscheid nicht begründen und können Ihre Teilnahme jederzeit beenden.

Wenn Sie Ihre Kontaktdaten angeben, erlauben Sie uns, diese zu speichern und Ihnen nach der Operation einen zweiten Fragebogen zu schicken.

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Email

SMS

Brief

## Von Klinik auszufüllen

Patientenetikette / Patienten ID

Behandlung an folgendem Gelenk  Schulter links  
Bei gleichzeitigem Eingriff auf beiden Seiten (bilateraler Eingriff) bitte zwei Formulare ausfüllen.  Schulter rechts

Befragung vor oder nach der Operation  vor  nach

ausgefüllt am (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum noch nicht bekannt

**Probleme mit Ihrer Schulter** Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an (x).

### 1. In den vergangenen 4 Wochen . . .

Wie würden Sie die **schlimmsten** Schmerzen beschreiben, die Sie in Ihrer Schulter hatten?

Keine Schmerzen  Leichte Schmerzen  Mässige Schmerzen  Starke Schmerzen  Unerträgliche Schmerzen

### 2. In den vergangenen 4 Wochen . . .

Hatten Sie wegen Ihrer Schulter Schwierigkeiten beim Anziehen?

Gar keine Schwierigkeiten  Leichte Schwierigkeiten  Mässige Schwierigkeiten  Extreme Schwierigkeiten  Unmöglich

### 3. In den vergangenen 4 Wochen . . .

Hatten Sie wegen Ihrer Schulter Schwierigkeiten, ins Auto ein-/aus dem Auto auszusteigen oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? (je nachdem, was Sie normalerweise benutzen)

Gar keine Schwierigkeiten  Leichte Schwierigkeiten  Mässige Schwierigkeiten  Extreme Schwierigkeiten  Unmöglich

### 4. In den vergangenen 4 Wochen . . .

Konnten Sie Messer und Gabel gleichzeitig verwenden?

Ja, problemlos  Mit wenigen Schwierigkeiten  Mit mässigen Schwierigkeiten  Mit extremen Schwierigkeiten  Nein, das war unmöglich

### 5. In den vergangenen 4 Wochen . . .

Konnten Sie Ihre Haushaltseinkäufe allein erledigen?

Ja, problemlos  Mit wenigen Schwierigkeiten  Mit mässigen Schwierigkeiten  Mit extremen Schwierigkeiten  Nein, das war unmöglich

## 6. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie ein Tablett mit einem Teller Essen durch ein Zimmer tragen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie sich mit dem betroffenen Arm die Haare bürsten/kämmen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie würden Sie die Schulterschmerzen beschreiben, die gewöhnlich bei Ihnen auftreten?

Keine Schmerzen	Sehr leichte Schmerzen	Leichte Schmerzen	Mässige Schmerzen	Starke Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie mit dem betroffenen Arm Ihre Kleidung in einen Kleiderschrank hängen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 10. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie sich unter beiden Armen waschen und abtrocknen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 11. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie sehr haben die Schulterschmerzen Sie bei Ihrer normalen Arbeit (einschließlich Hausarbeit) behindert?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Stark	Vollständig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wurden Sie nachts im Bett durch Schulterschmerzen gestört?

In keiner Nacht	Nur in 1 bis 2 Nächten	In manchen Nächten	In den meisten Nächten	Jede Nacht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vergewissern Sie sich abschliessend bitte, dass Sie alle Fragen beantwortet haben.**

**Herzlichen Dank.**