



Name, Vorname _____

G 46 Eigene Angaben zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anamnese I)

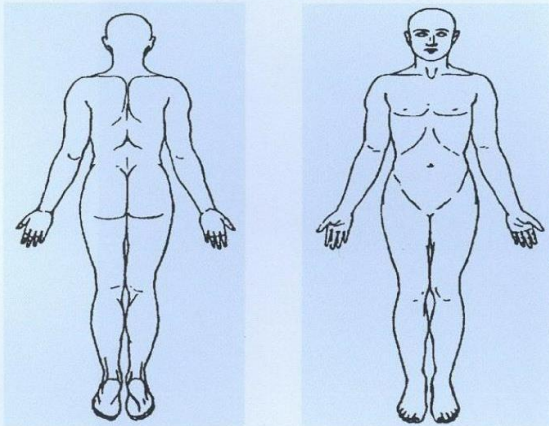
1. Hatten Sie jemals Erkrankungen, Operationen oder schwerere Unfälle im Bereich der Wirbelsäule, der Arme oder Beine?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, der Arme oder Beine? (Schmerzen, Ziehen, Brennen, Kraftlosigkeit, Taubheitsgefühl, Kältegefühl, Hautveränderungen u. Ä.)?

nein ja



Wenn Ja, zeichnen Sie bitte in die beiden Figuren genau da Kreuze (x) ein, wo Beschwerden aufgetreten sind!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann einmal wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt?

nein ja

Wenn Ja, welche Diagnose wurde gestellt? _____

4. Waren Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann einmal wegen der Beschwerden arbeitsunfähig?

nein ja

Wenn ja, wie oft? ____ x und wie viel Wochen insgesamt? ____ Wochen

5. Haben Sie heute Beschwerden in der Wirbelsäule, den Armen oder Beinen?

nein ja

Wenn Ja, welche? _____

6. Welche Belastungen in Ihrer Arbeit verursachen Schmerzen oder andere Beschwerden?

Belastung durch	Die Belastung kommt in meiner Arbeit vor		Die Belastung hat Schmerzen und Beschwerden verursacht oder verstärkt	
	ja	nein	ja	nein
Handhabung schwerer Lasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gebückte oder verdrehte Körperhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knien oder Hocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dauerndes Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeit mit Händen über Schulterhöhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschütterungen durch Werkzeuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen auf Fahrzeugen oder Maschinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen im Büro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere, nicht genannte Tätigkeiten			



G 46 Ärztliche Anamnese zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anamnese 2)

1. **Schmerzcharakter:** Wie empfinden Sie die Schmerz bzw. Beschwerden, die in den letzten 12 Monaten in den Armen und Beinen, der Muskulatur oder der Wirbelsäule aufgetreten sind?

Entfällt Ja , die Schmerzen bzw. Beschwerden lassen sich in folgender Weise beschreiben:

dumpfe Schmerzen	<input type="radio"/> wo?	Muskelkater	<input type="radio"/>
ausstrahlende Schmerzen	<input type="radio"/>	Muskelschwäche	<input type="radio"/>
Brennen	<input type="radio"/>	andere Beschwerden:	<input type="radio"/>
Ziehen	<input type="radio"/>	Kribbeln/Parästhesien*	<input type="radio"/>
Stechen	<input type="radio"/>	Taubheitsgefühl*	<input type="radio"/>
Steifigkeit	<input type="radio"/>	Raynaud-Phänomene*	<input type="radio"/>
Krämpfe	<input type="radio"/>		
Verspannung	<input type="radio"/>		

(* siehe Seite 2)

2. **Schmerzausstrahlung:** Strahlen die Schmerzen ggf. aus und wenn ja wohin?

Nein, entfällt Ja , die Schmerzen strahlen in folgende Körperregionen aus:

Nacken/HWS	<input type="radio"/>	Hüftgelenk/Oberschenkel	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Schulter/Oberarm	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts
Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	Kniegelenk/Unterschenkel	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Ellenbogen/Unterarm	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts
Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	Fuß/Fußgelenk	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Hand/Handgelenk/Finger	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts

3. **Provozierbarkeit:** Kann der Schmerz provoziert werden (z. B. durch Husten, Pressen, bestimmte Körperbewegungen, Arbeit mit vibrierenden Werkzeugen, Arbeit in kalter Umgebung)?

Nein, entfällt Ja , und zwar durch:

4. **Tritt in arbeitsfreien Zeiten (Nachtruhe, Wochenende, Urlaub) eine Linderung ein?**

Nein, entfällt Ja , und zwar durch:

5. **Schmerzintensität:** Wie stark war der schlimmste Schmerz, den Sie in den angegebenen Bereichen in den letzten 30 Tagen verspürt haben? Bewerten Sie die Intensität dieser Beschwerden mit einer Zahl zwischen 0 (keine Beschwerden) und 10 (schlimmste vorstellbare Beschwerden)

keine Beschwerden schlimmste Schmerzen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. **Wochenprävalenz:** Haben Sie heute oder hatten Sie in den letzten 7 Tagen (in der letzten Woche?) Schmerzen oder Beschwerden in den Armen und Beinen, der Muskulatur und der Wirbelsäule?

Nein, entfällt Ja , und zwar in folgenden Körperregionen:

Nacken/HWS	<input type="radio"/>	Hüftgelenk/Oberschenkel	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Schulter/Oberarm	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts
Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	Kniegelenk/Unterschenkel	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Ellenbogen/Unterarm	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts
Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	Fuß/Fußgelenk	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts	Hand/Handgelenk/Finger	<input type="radio"/>	links	<input type="radio"/>	rechts

7. **Weitere Angaben zur Anamnese (Schmerzcharakteristik, Provozierbarkeit, Verlauf, Funktionsstörungen, Behinderungen, bisherige Behandlungen, bisherige Diagnostik, Hinweise auf systemische Erkrankungen, Medikamentenabusus, Genussmittelgebrauch (Rauchen):**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Datum, Unterschrift Arzt