

Patienten ID

Datum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Geburtsdatum:

Welcher Finger ist betroffen?

Daumen

Zeigefinger

rechter

Mittelfinger

linker

Ringfinger

kleiner Finger

Sind Sie berufstätig?

ja → Ihr Beruf: _____

nein → aufgrund Ihrer Fingerverletzung? ja nein

Rentner

Hausfrau

Nehmen Sie Medikamente zur Linderung der Beschwerden an Ihrem Finger ein?

ja

nein

falls „ja“, welche Medikamente?

Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys?

1. Wie stark waren die Schmerzen an Ihrem Finger den vergangenen 4 Wochen?

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

2. Wie stark waren die größten Schmerzen an Ihrem Finger in den vergangenen 4 Wochen?

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

3. Wie stark sind die Schmerzen an Ihrem Finger in diesem Moment?

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

4. Wie häufig hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schmerzen an Ihrem Finger?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					

5. Haben Sie unter Belastung Schmerzen an Ihrem Finger?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					

6. Haben Sie in Ruhe Schmerzen an Ihrem Finger?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					

7. Konnten Sie aufgrund von Schmerzen an Ihrem Finger in den vergangenen 4 Wochen schlechter schlafen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					

8. Wie oft nehmen Sie Schmerzmittel gegen Ihre Schmerzen am Finger ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nie immer

9. Leiden Sie unter Gefühlsstörungen an Ihrem Finger wie Taubheit/Kribbeln/Einschlafen/Pelzigsein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nie immer

10. Ist Ihr Finger im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung geschwollen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

keine Schwellung extreme Schwellung

11. Bemerken Sie Veränderungen am Fingernagel des betroffenen Fingers im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

überhaupt nicht ja, sehr

12. Mein Finger behindert mich beim Tippen auf einer Tastatur.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nie Tippen unmöglich

13. Mein Finger behindert mich beim Öffnen oder Schließen von Knöpfen an meiner Kleidung.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nie Öffnen/Schließen unmöglich

14. Mein Finger behindert mich beim Schuheschnüren.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nie Schnüren unmöglich

15. Behindert Sie ihr Finger bei der Arbeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie										immer

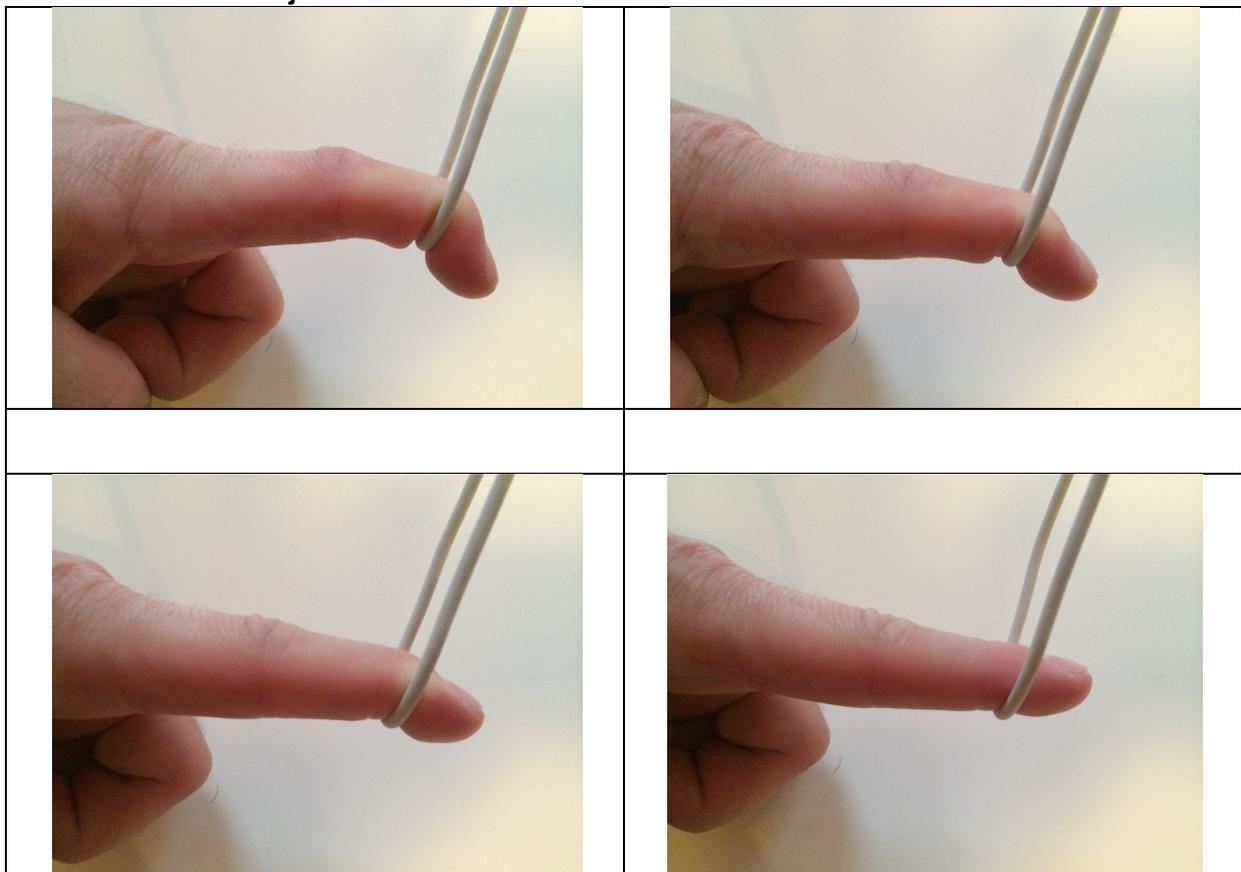
16. Behindert Sie Ihr Finger beim Ausüben Ihrer Hobbys (Musik/Sport etc.)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie										immer

17. Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit der allgemeinen Funktionsfähigkeit Ihres Fingers?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr zufrieden								äußerst unzufrieden		

18. Bitte kreuzen Sie jede Ihnen ohne Hilfsmittel einnehmbare Position an.



--	--

19. Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihres Fingers nach der Behandlung?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr zufrieden					äußerst unzufrieden					

20. Machen Sie sich bezüglich Ihres Fingers Sorgen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					

21. Sind Sie wegen Ihres Fingers in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					ja, sehr					

22. Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr zufrieden					äußerst unzufrieden					

23. Würden Sie sich im Falle einer erneuten Verletzung wieder für die bei Ihnen vorgenommene Behandlungsmethode entscheiden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
immer					niemals					

24. (Falls die bei Ihnen eingesetzte Hakenplatte noch nicht entfernt wurde:) Fühlen Sie sich durch das an Ihrem Finger angebrachte Fremdmaterial beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie					immer					