

Dres. med. M. Michaelis * J. Scheunemann	FB K1-02 Patientenfragebogen CTS	Version: 5 Datum: 01.08.2016 Seite 1 von 1
--	---	--

Sehr geehrter Patient,
Sie sind zur Diagnostik eines Carpal-Tunnelsyndroms überwiesen worden. Es wäre uns sehr hilfreich, wenn Sie im Vorfeld einige Fragen beantworten.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Datum:

Hausarzt:

Beruf/ Tätigkeit:

Ich bin mit der Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden einverstanden (auch digital):

☐ an den Überweiser

☐ an den Hausarzt

☐ ich bin nicht einverstanden

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? (Bitte Zeitraum angeben!)

_____ ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahre

Welche Beschwerden haben Sie veranlasst, unsere Praxis aufzusuchen?

☐ Kribbeln in den Händen

☐ Taubheitsgefühl in den Händen

☐ Kraftminderung in den Händen

☐ Schmerzen in den Händen

☐ sonstiges:

Welche Hand ist betroffen?

☐ Links

☐ Rechts

☐ Beide (eine Seite bevorzugt?)

Welche Finger sind bevorzugt betroffen?

☐ Daumen

☐ Zeigefinger

☐ Mittelfinger

☐ Ringfinger

☐ kleiner Finger

Bestehen tageszeitliche Schwankungen?

☐ O nachts

☐ O am Tage

☐ O nachts und am Tage

☐ O dauerhaft

Strahlen die Schmerzen bis in den Unterarm aus?

ja ☐ nein ☐

Bemerken Sie ein morgendliches Schwellungsgefühl?

ja ☐ nein ☐

Besteht ein Diabetes mellitus?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann?

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?

ja ☐ nein ☐

Besteht eine rheumatische Erkrankung?

ja ☐ nein ☐

Sind Wirbelsäulenerkrankungen bekannt?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Wurde die Wirbelsäule bereits geröntgt?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welcher Bereich ?

Nehmen Sie das Medikament „Falithrom“ ein?

ja ☐ nein ☐

Besteht eine Tumorerkrankung?

ja ☐ nein ☐

Welche Erkrankungen liegen noch vor?

Medikamente: