

# Untersuchungsbogen Handchirurgie

## M. Dupuytren und Karpaltunnelsyndrom (CTS)



Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Fall-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

präop.  postop.

Seite:  links  rechts

### Teil 1: vom Patienten auszufüllen:

Bitte schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, wie Sie folgende Tätigkeiten in der vergangenen Woche durchgeführt haben, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen:

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
ein neues oder fest verschlossenes Glas öffnen	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Schwere Hausarbeit (z.B. Wände abwaschen, Boden putzen)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
eine Einkaufstasche oder einen Aktenkoffer tragen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ihren eigenen Rücken waschen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
ein Messer benutzen, um Lebensmittel zu schneiden	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Freizeitaktivitäten, die wenig körperliche Anstrengung verlangen (z.B. Karten spielen, Stricken, usw.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

In welchem Ausmaß haben Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme Ihre normalen sozialen Aktivitäten mit Familie, Freunden, Nachbarn oder anderen Gruppen während der vergangenen Woche beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an):

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Fortsetzung Untersuchungsbogen Handchirurgie für:

**Waren Sie in der vergangenen Woche durch Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme in Ihrer Arbeit oder anderen alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an):**

	überhaupt nicht eingeschränkt	ein wenig eingeschränkt	mäßig eingeschränkt	sehr eingeschränkt	nicht möglich
	<input type="radio"/> <b>1</b>	<input type="radio"/> <b>2</b>	<input type="radio"/> <b>3</b>	<input type="radio"/> <b>4</b>	<input type="radio"/> <b>5</b>

**Bitte schätzen Sie die Schwere der folgenden Beschwerden während der letzten Woche ein. (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an):**

	keine	leichte	mäßige	starke	sehr starke
Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand	<input type="radio"/> <b>1</b>	<input type="radio"/> <b>2</b>	<input type="radio"/> <b>3</b>	<input type="radio"/> <b>4</b>	<input type="radio"/> <b>5</b>
Kribbeln (Nadelstiche) in Schulter, Arm oder Hand	<input type="radio"/> <b>1</b>	<input type="radio"/> <b>2</b>	<input type="radio"/> <b>3</b>	<input type="radio"/> <b>4</b>	<input type="radio"/> <b>5</b>

**Wie groß waren Ihre Schlafstörungen in der letzten Woche aufgrund von Schmerzen im Schulter-, Arm- oder Handbereich? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an):**

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
	<input type="radio"/> <b>1</b>	<input type="radio"/> <b>2</b>	<input type="radio"/> <b>3</b>	<input type="radio"/> <b>4</b>	<input type="radio"/> <b>5</b>

**(Beantwortung nur bei "Karpaltunnelsyndrom")  
Sind die vor der Operation bestehenden Beschwerden:**

**komplett verschwunden**

**geringer vorhanden**

**zeitweise vorhanden**

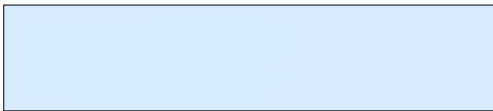
**unverändert**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient(in):** \_\_\_\_\_

# Untersuchungsbogen Handchirurgie

## M. Dupuytren und Karpaltunnelsyndrom (CTS)



### Teil 2: vom Arzt auszufüllen:

**Fingergelenke: Abstände in cm**

	<b>Rechts</b>					Links			
	II	III	IV	V	II	III	IV	V	

Nagelrand  
/ quere Hohlhandfalte (Abb.9)  
Nagelrand  
/ verl. Handrückenebene (Abb.10)



Abb. 9



Abb. 10

**Daumengelenke:**  
**Streckung/Beugung:**  
Grundgelenk  
Endgelenk

**Abspreizung (Winkel zwischen 1. und 2. Mittelhandknochen)**  
in der Handebene (Abb.11)

rechtwinkelig zur Handebene  
(Abb.12)



Abb. 11



Abb. 12

Ankreuzen, welche Langfingerkuppen mit der Daumenspitze erreicht werden können

	II	III	IV	V	II	III	IV	V
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Handspanne:**  
größter Abstand in  
cm zwischen  
Daumen- und Kleinfinger

**(Beantwortung nur bei KTS):**  
**Überprüfung der Sensibilität im Austreibungsgebiet des Nervus medianus:**

**Kalt-Warm-Unterscheidungsfähigkeit:**       vorhanden  
 nicht vorhanden

**wo:** \_\_\_\_\_

**2-Punkte-Diskrimination in mm:**  
(gemessen an der Finger- und Daumenkuppe/beere)

I \_\_\_\_\_ mm      II \_\_\_\_\_ mm      III \_\_\_\_\_ mm      radial IV \_\_\_\_\_ mm

**Handscore:                      Pkt.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes)

Wir danken Ihnen für Ihre Hilfe und verbleiben mit kollegialen Grüßen  
Dr. Ch. Ranft und Mitarbeiter(innen)

wir bitten Sie, den ausgefüllten Bogen an folgende Adresse zu schicken:

**Lubinus Clinicum GmbH & Co. KG**  
**Abteilung Hand- und Mikrochirurgie**  
**Ltd. Arzt Dr. Ch. Ranft**  
**Steenbeker Weg 25 - 24106 Kiel**