

TEP-Register DASH-BOGEN

Datum: _____ **Initialen:** __ / __ **Geburtsdatum:** _____

Sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte beantworten Sie diese gemäss Ihres Zustandes in der vergangenen Woche, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen. Wenn Sie die jeweilige Tätigkeit vergangene Woche mit dem betroffenen Arm nicht ausgeführt haben wählen Sie bitte die am besten zutreffende Antwort aus.

	TÄTIGKEIT	SCHWIERIGKEITEN BEI DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN				
		KEINE	GERINGE	MÄßIGE	ERHEBLICHE	UNMÖGLICH
1	Ein neues oder fest verschlossenes Glas öffnen	1	2	3	4	5
2	Schreiben	1	2	3	4	5
3	Einen Schlüssel umdrehen	1	2	3	4	5
4	Eine Mahlzeit zubereiten	1	2	3	4	5
5	Eine schwere Tür aufstoßen	1	2	3	4	5
6	Einen Gegenstand über Kopfhöhe auf ein Regal stellen	1	2	3	4	5
7	Schwere Hausarbeit (z.B. Boden oder Wände putzen)	1	2	3	4	5
8	Garten- oder Hofarbeit	1	2	3	4	5
9	Betten machen	1	2	3	4	5
10	Eine Einkaufstasche oder einen Aktenkoffer tragen	1	2	3	4	5
11	Einen schweren Gegenstand tragen (über 5 kg)	1	2	3	4	5
12	Eine Glühbirne über Ihrem Kopf auswechseln	1	2	3	4	5
13	Ihre Haare waschen oder föhnen	1	2	3	4	5
14	Ihren Rücken waschen	1	2	3	4	5
15	Einen Pullover anziehen	1	2	3	4	5
16	Ein Messer benutzen um Lebensmittel zu schneiden	1	2	3	4	5
17	Freizeitaktivitäten, die wenig körperliche Anstrengung verlangen (z.B. Karten spielen, Stricken usw.)	1	2	3	4	5
18	Freizeitaktivitäten, bei denen auf Arm, Schulter oder Hand Druck oder Stoß ausgeübt wird (z.B. Golf, Hämmern, Tennis, usw.)	1	2	3	4	5
19	Freizeitaktivitäten, bei denen Sie Ihren Arm frei bewegen (z.B. Badminton, Frisbee)	1	2	3	4	5
20	Mit Fortbewegungsmitteln zurecht kommen (von einem Ort zum anderen gelangen)	1	2	3	4	5
21	Sexuelle Aktivitäten	1	2	3	4	5

DASH-BOGEN

FORTSETZUNG

22. In welchem Ausmaß haben Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme Ihre normalen sozialen Aktivitäten mit Familie oder Freunden in der vergangenen Woche beeinträchtigt?

ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄßIG	ZIEMLICH	SEHR
1	2	3	4	5

23. Waren Sie in der vergangenen Woche durch Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme in Ihrer Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten eingeschränkt?

ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄßIG	ZIEMLICH	SEHR
1	2	3	4	5

Bitte schätzen Sie die Schwere der folgenden Beschwerden während der letzten Woche ein.

		SCHWERE DER BESCHWERDEN				
		KEINE	LEICHTE	MÄßIGE	STARKE	SEHR STARKE
24	Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
25	Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand während der Ausführung bestimmter Tätigkeiten	1	2	3	4	5
26	Kribbeln (Nadelstiche) in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
27	Schwächegefühl in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
28	Steifheit in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5

29. Wie groß waren Ihre Schlafstörungen in der letzten Woche aufgrund von Schmerzen im Schulter-, Arm- oder Handbereich ?

KEINE	GERINGE	MÄßIGE	ERHEBLICHE	NICHT MÖGLICH
1	2	3	4	5

30. Aufgrund meiner Probleme im Schulter, Arm oder Handbereich empfinde ich meine Fähigkeiten als eingeschränkt, ich habe weniger Selbstvertrauen oder ich fühle, dass ich mich weniger nützlich machen kann.

STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU	STIMME EHER NICHT ZU	WEDER ZUSTIMMUNG NOCH ABLEHNUNG	STIMME EHER ZU	STIMME SEHR ZU
1	2	3	4	5