



Dr. med. Peter Kruijer

Ludwigstr. 2 | 87561 Oberstdorf | www.kruijer.de | 08322 / 96810

Patientenfragebogen Tendinose

Ihre Daten

Name

Vorname

Nachname

Alter

Beruf

Meine Sportarten

Wie oft pro Woche

Haben Sie in diesem oder nächsten Jahr ein bestimmtes Wettkampfziel?

Nein

Ja: _____

Informationen zu Beschwerden

Wo haben Sie Beschwerden?

Achillessehne

Achillessehnenansatz

Unterhalb Kniescheibe

Fersensporn

Gesäß / Hüfte seitlich

Andere Stelle

rechts

links

beiderseits

Wie lange bestehen die Beschwerden bereits? _____

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 5 (maximaler Schmerz)

0
keine
Schmerzen

10
maximaler
Schmerz

Im Alltag



Während der Belastung / im Sport



Direkt nach der Belastung / nach dem Sport



Beschwerden/Schmerzen am Tag nach Belastung



Details

Was denken Sie hat Ihre Beschwerden ausgelöst?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beginnende Beschwerden ignoriert | <input type="checkbox"/> Trainingsumfang / Trainingskilometer zu schnell gesteigert | <input type="checkbox"/> Tägliche Belastung ohne Regeneration |
| <input type="checkbox"/> Intervalltraining / Tempotraining / Berglauf | <input type="checkbox"/> Wiedereinstieg in Sport nach kompletter Sportpause | <input type="checkbox"/> Neue Laufschuhe |
| <input type="checkbox"/> Kürzlicher Schuhwechsel | <input type="checkbox"/> Vermehrt auf Sand / am Strand gelaufen (Urlaub) | <input type="checkbox"/> Kein begleitendes Training von Kraft / Stabilität / Koordination |

Bauchumfang

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> > 88cm bei Frauen | <input type="checkbox"/> > 102cm bei Männern |
|--|--|

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Erhöhte Cholesterinwerte | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> weitere _____ | |

Welche Untersuchungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> weitere _____ | |

Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

Bitte bringen Sie diesen, von Ihnen ausgefüllten, Fragebogen sowie vorhandene Vorbefunde und Bilder mit zur Untersuchung.