

HOOS Fragebogen für Hüftpatienten

Datum: ____ / ____ / ____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Name: _____

ANLEITUNG: Dieser Fragebogen soll herausfinden, welchen Eindruck Sie von Ihrer Hüfte haben. Die Informationen helfen uns, Ihre Hüftbeschwerden und Ihre Möglichkeiten im täglichen Leben zu erfassen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen (nur ein Kreuz pro Frage). Sollten Sie unsicher sein, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.

Symptome

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Beschwerden und Symptome während der **letzten Woche**.

S1. Spüren Sie ein Reiben, hören Sie ein Klicken, Knirschen, Knacken oder ein anderes Geräusch in Ihrer Hüfte?

Nie Selten Manchmal Oft Immer

S2. Haben Sie Schwierigkeiten, die Beine zu spreizen?

Keine Wenig Mässige Grosse Sehr grosse

S3. Haben Sie Schwierigkeiten, beim Gehen grosse Schritte zu machen?

Keine Wenig Mässige Grosse Sehr grosse

Steifigkeit

Die folgenden Fragen betreffen die Steifigkeit im Hüftgelenk, die Sie in der **letzten Woche** wahrgenommen haben. Steifigkeit ist ein Gefühl von Einschränkung oder Langsamkeit in den Bewegungen („harzige“ Bewegungen) des Hüftgelenks.

S4. Wie ausgeprägt ist die Steifigkeit in Ihrem Hüftgelenk, wenn Sie morgens aufwachen?

Gar nicht Wenig Mässig Stark Sehr stark

S5. Wie ausgeprägt ist die Steifigkeit in Ihrem Hüftgelenk nach dem Sitzen, Liegen oder Ausruhen **im Verlauf des Tages**?

Gar nicht Wenig Mässig Stark Sehr stark

Schmerzen

P1. Wie oft haben Sie Schmerzen in der Hüfte?

Nie Monatlich Wöchentlich Täglich Immer

Wie starke Schmerzen verspürten Sie in der Hüfte **in der letzten Woche** während der folgenden Tätigkeiten?

P2. vollständiges Strecken der Hüfte (Aufrichten)

Keine Wenig Mässige Starke Sehr starke

Wie starke Schmerzen verspürten Sie in der Hüfte **in der letzten Woche** während der folgenden Tätigkeiten?

P3. Maximales Beugen der Hüfte

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Gehen in ebenem Gelände

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Treppen hinauf- oder hinuntersteigen

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Nachts im Bett

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Sitzen oder Liegen

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Aufrecht stehen

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Gehen auf hartem Boden (Asphalt, Beton, usw.)

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P10. Gehen in unebenem Gelände

Keine	Wenig	Mässige	Starke	Sehr starke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion im täglichen Leben

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Funktion, das heisst, Ihre Fähigkeit, sich zu bewegen und für sich zu sorgen.

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie grosse Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte **während der letzten Woche** bereitet hat.

A1. Treppen hinuntersteigen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Treppen hinaufsteigen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Vom Sitzen aufstehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie grosse Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte **während der letzten Woche** bereitet hat:

A4. Stehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Sich bücken / einen Gegenstand aufheben

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Gehen in ebenem Gelände

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Einsteigen in ein Auto / Aussteigen aus einem Auto

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Einkaufen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Socken / Strümpfe anziehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Vom Bett aufstehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Socken / Strümpfe ausziehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Im Bett liegen (Drehen mit Beibehalten der Hüftposition)

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Einsteigen in die Badewanne / Aussteigen aus der Badewanne

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sitzen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie grosse Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte **während der letzten Woche** bereitet hat:

A16. Schwere Hausarbeiten (Kisten tragen, Böden schrubben, usw.) verrichten

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Leichte Hausarbeiten (Kochen, Staubwischen, usw.) verrichten

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sport und Freizeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Funktion bei anspruchsvolleren Tätigkeiten.

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie grosse Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte während der **letzten Woche** bereitet hat.

SP1. Kauern / in die Hocke gehen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Rennen

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Drehen auf belastetem Bein

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Gehen in unebenem Gelände

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität

Q1. Wie oft sind Sie sich Ihres Hüftproblems bewusst?

Nie	Monatlich	Wöchentlich	Täglich	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Haben Sie Ihren Lebensstil verändert, um Tätigkeiten zu vermeiden, die Ihrer Hüfte schaden könnten?

Gar nicht	Wenig	Mässig	Stark	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Wie sehr belastet Sie Ihr fehlendes Vertrauen in Ihre Hüfte?

Gar nicht	Wenig	Mässig	Stark	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Wie gross sind die Schwierigkeiten, die Sie im allgemeinen mit Ihrer Hüfte haben?

Keine	Wenig	Mässige	Grosse	Sehr grosse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!