

SPADI – Shoulder Pain and Disability Index

Name:

Datum:

Einstufung in Skala:

0 = keine Schmerzen, ohne Schwierigkeiten durchführbar

10 = schlimmste Schmerzen, Tätigkeit nicht ausführbar

Schmerzskala (bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Wie stark sind Ihre Schmerzen, ...

1) ... wenn sie am stärksten sind?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2) ... wenn Sie auf der betroffenen Seite liegen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) ... wenn Sie nach etwas auf einem hohen Regal greifen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4) ... wenn Sie Ihren Nacken berühren?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5) ... wenn Sie mit dem betroffenen Arm etwas wegstoßen/ gegen etwas drücken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Behinderungsskala (bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Wie große Schwierigkeiten haben Sie, ...

1) ... wenn Sie sich die Haare waschen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2) ... wenn Sie sich Ihren Rücken waschen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) ... wenn Sie sich einen Pullover anziehen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4) ... wenn Sie ein Hemd/eine Bluse anziehen, das/die vorne zugeknöpft werden muss?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5) ... wenn Sie Ihre Hose anziehen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6) ... wenn Sie einen Gegenstand auf ein hohes Regal legen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7) ... wenn Sie einen Gegenstand von etwa 5 kg tragen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8) ... wenn Sie etwas aus Ihrer hinteren Hosentasche nehmen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----