

## Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Symptome, die aufgrund Ihrer Schulterproblematik aufgetreten sind. Geben Sie für alle Fragen die Stärke Ihrer Symptome in der vergangenen Woche an. Bitte markieren Sie die jeweils zutreffende Antwort auf der Skala von 0 bis 10. Um einen validen Gesamtscore zu erhalten, müssen mindestens zwei Drittel (67 Prozent) aller Items beantwortet werden.

### Abschnitt A: Körperliche Symptome

1. Wie stark ist der Schulterschmerz in Ihrer betroffenen Schulter bei Aktivitäten über dem Kopf?

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

2. Wieviel stechende und/oder pochende Schmerzen verspüren Sie in der betroffenen Schulter?

kein Stechen/Pochen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extremes Stechen/ Pochen
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

3. Wie groß empfinden Sie die Schwäche oder den Mangel an Kraft in Ihrer betroffenen Schulter?

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

4. Wie stark empfinden Sie die Ermüdung oder den Mangel an Ausdauer in Ihrer betroffenen Schulter?

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

5. Wie stark klickt, schnappt oder knackt es in Ihrer betroffenen Schulter?

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

6. Wie steif empfinden Sie Ihre Schulter?

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

7. Wie stark sind die Beschwerden im Bereich der Nackenmuskulatur aufgrund Ihrer Schulterproblematik?

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

8. Wie stark ist das Instabilitätsgefühl in Ihrer Schulter?

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

9. Wie stark müssen Sie andere Muskeln benutzen, um Ihre eingeschränkte Schulterfunktion auszugleichen?

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

10. Wie groß ist der Verlust des Bewegungsumfanges in Ihrer Schulter?

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

Summe:

## Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI) *Fortsetzung*

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie Ihre Schulterproblematik Ihre Arbeit, Sport- oder Freizeitaktivitäten in der vergangenen Woche beeinflusst hat. Bitte markieren Sie die Antwort für jede Frage auf der Skala von 0 bis 10.

### Abschnitt B: Sport/Freizeit/Arbeit

11. Wie stark hat Sie Ihre Schulter behindert, Sport oder andere Freizeitaktivitäten zu betreiben?

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

12. Wie stark hat Ihre Schulterproblematik spezielle Tätigkeiten in Ihrem Sport und/oder Ihrer Arbeit beeinflusst? (Wenn Ihre Schulter beide Bereiche, Sport und Arbeit, betrifft, beziehen Sie sich bitte auf den am meisten betroffenen Bereich.)

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

13. Wie groß ist der Drang, Ihren Arm während einer Aktivität zu schützen?

nicht vorhanden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

14. Wie schwer fällt es Ihnen, aufgrund Ihrer Schulterproblematik schwere Gegenstände bis auf Schulterhöhe zu heben?

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

Summe:

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie sehr Ihre Schulter Ihre Lebensgewohnheiten beeinflusst. Bitte markieren Sie wieder die entsprechende Antwort für die vergangene Woche auf der Skala von 0 bis 10.

### Abschnitt C: Lebensgewohnheiten

15. Wie groß ist die Angst, auf Ihre betroffene Schulter zu fallen?

nicht vorhanden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem groß
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

16. Wie schwierig ist es für Sie, aufgrund Ihrer Schulterprobleme Ihre gewünschte Fitness beizubehalten?

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

17. Wie stark ist Ihr Freizeitvergnügen mit Familie und Freunden eingeschränkt?

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

18. Wie stark beeinträchtigt die Schulter Ihren Schlaf?

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

Summe:

**Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)** *Fortsetzung*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Empfinden in der vergangenen Woche mit Bezug auf Ihre Schulterproblematik. Bitte markieren Sie die entsprechende Antwort auf der Skala von 0 bis 10.

**Abschnitt D: Empfinden**

19. Wie bewusst ist Ihnen Ihre Schulterproblematik?

nicht bewusst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

extrem bewusst

20. Wie besorgt sind Sie, dass sich Ihre Schulter verschlechtern könnte?

nicht besorgt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

extrem besorgt

21. Wie groß ist Ihre Frustration aufgrund Ihrer Schulterproblematik?

keine Frustration

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

extreme Frustration

Summe:

Gesamtscore: