

Fragebogen zu Ihrem Gesundheitszustand

Lendenwirbelsäule

Kontakt

Name/Vorname: _____

Geb. Datum: _____

E-Mail: _____

Mobile / Skype: _____

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am Besten beschreiben:

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe einige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

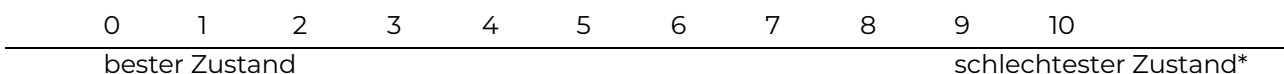
Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Somit können wir die Beeinflussung Ihrer Lebensqualität durch die aktuellen Beschwerden schon recht gut beurteilen!

2. Visuelle Analogskala (VAS) zum allg. Gesundheitszustand

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die ihren Gesundheitszustand am besten beschreibt.



* schlechtester Zustand bei 9 – 10 bedeutet praktisch Notwendigkeit zur Hospitalisation!

3. Wie häufig haben Sie in der letzten Woche unter folgenden Beschwerden in der Lenden-Becken-Hüft-Region gelitten? Bitte für jede Frage die zutreffende Antwort markieren.

	nie	selten	manchmal	häufig	meistens	immer
Rücken- oder Gesässschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln im Bein und/oder Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche des Beines und/oder des Fusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Seit wann haben Sie in etwa diese Beschwerden?

Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

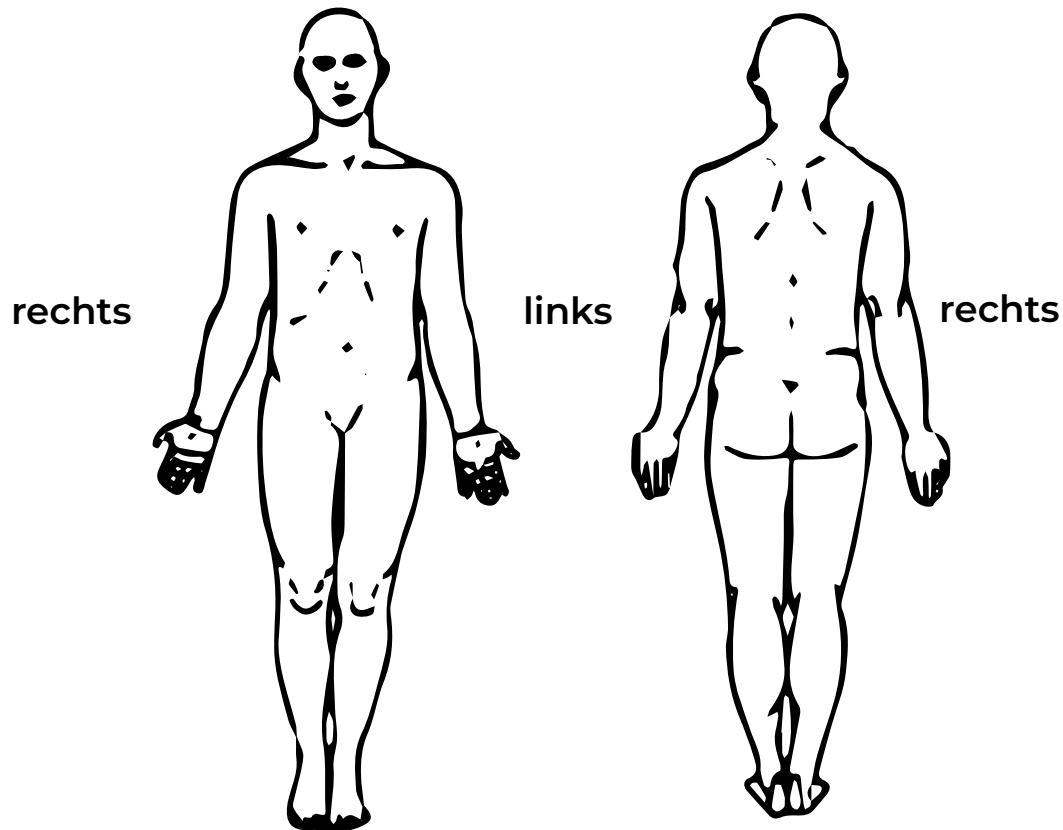
	Unter 2 Wochen	Ca. 6 Wochen	Ca. 3 Monate	6 bis 12 Monate	Seit Jahren
Rücken- oder Gesässschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln Im Bein und/oder Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche des Beines und/oder des Fusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie sehr haben Sie diese Beschwerden in der letzten Woche gestört?

Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

	gar nicht	gering	etwas	mässig	extrem
Rücken- oder Gesässschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln Im Bein und/oder Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche des Beines und/oder des Fusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte kennzeichnen Sie in der untenstehenden Abbildung das Schmerzgebiet oder die Schmerzpunkte, damit wir wissen, wo Sie überall Schmerzen haben.



7. Wie sehr haben Schmerzen Sie in der letzten Woche bei folgenden Aktivitäten beeinträchtigt? Markieren Sie bitte die Aussage, die Ihre durchschnittliche Fähigkeit am besten beschreibt.

Sich anziehen können

- Ich kann mich ohne Schmerzen selbst anziehen
- Ich kann mich selbst anziehen ohne Zunahme der Schmerzen
- Ich kann mich selbst anziehen, aber die Schmerzen verstärken sich
- Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit deutlichen Schmerzen
- Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit starken Schmerzen
- Wegen starker Schmerzen kann ich mich nicht selbst anziehen

Heben

- Ich kann schwere Gegenstände ohne Schmerzen hochheben
- Ich kann schwere Gegenstände hochheben, doch es ist schmerzhaft
- Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann schwere Gegenstände von einem Tisch hochheben
- Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände von einem Tisch hochheben
- Ich kann aufgrund der Schmerzen nur leichte Gegenstände hochheben
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nichts hochheben

Gehen und Laufen

- Ich kann ohne Schmerzen laufen und gehen
- Ich kann problemlos gehen, aber laufen ist schmerzhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als eine Stunde zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Minuten zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Minuten zu gehen
- Ich bin nicht in der Lage, mehr als ein paar Schritte auf einmal zu gehen

Stehen

- Ich kann so lange stehen wie ich will
- Ich kann so lange stehen wie ich will, aber es ist schmerzhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1 Stunde zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Minuten zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Minuten zu stehen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht stehen

Soziales Leben

- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen stark
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit ein
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit stark ein
- Wegen meiner Schmerzen habe ich kein nennenswertes soziales Leben und keine nennenswerte Freizeit

Sitzen

- Ich kann in jedem Stuhl sitzen, so lange ich will
- Ich kann so lange sitzen wie ich will, wenn ich mich in einen besonderen Stuhl setze
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 30 Minuten zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht sitzen

Schlafen

- Ich schlafe gut
- Schmerzen lassen mich gelegentlich aufwachen
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf ungefähr jede zweite Nacht
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf häufig
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf jede Nacht
- Ich schlafe überhaupt nie gut

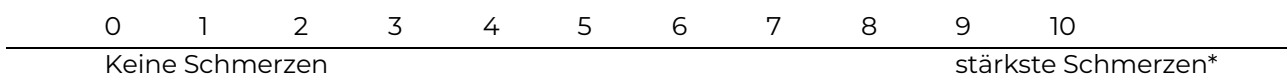
Unterwegssein und Reisen

- Ich kann mich überall hin bewegen
- Ich kann mich überall hin bewegen, jedoch vermehrt es meine Schmerzen
- Die Schmerzen sind erheblich, jedoch kann ich mehr als 2 Stunden unterwegs sein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als 1 Stunde ein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als 30 Minuten ein
- Wegen Schmerzen kann ich überhaupt nicht unterwegs sein

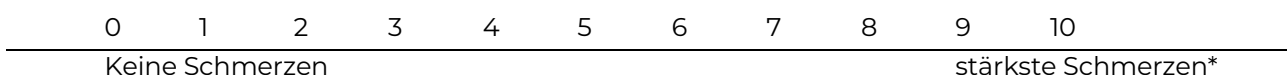
8. Visuelle Analogskala (VAS) zu den Schmerzen

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht. Wir bitten Sie, zwischen RÜCKEN- und BEINSCHMERZEN zu unterscheiden.

Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen



Wie stark waren Ihre Bein-/Gesässschmerzen



9. Medikamente

Schreiben Sie nachfolgend bitte alle **Schmerzmedikamente** auf, die Sie gegenwärtig einnehmen, auch solche, die Ihnen nicht vom Arzt verordnet worden sind. In der ersten Zeile ist ein Beispiel eingetragen.

Medikament	Dosierung	Anzahl pro Tag	seit wann
<i>Ponstan Kapseln</i>	<i>500 mg</i>	<i>3</i>	<i>April 2019</i>

Zweitmeinung

Schreiben Sie nachfolgend bitte alle **anderen Medikamente** (z. B. Blutdruckmittel etc.) auf, die Sie gegenwärtig einnehmen, auch solche, die Ihnen nicht vom Arzt verordnet worden sind.

Medikament	Dosierung	Anzahl pro Tag	seit wann

Besten Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ort/Datum

Unterschrift