


**Anweisungen**

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Pro Frage ist nur eine Antwort erlaubt.
-  Felder sind komplett auszufüllen.
- Pflichtangaben

Nur zum internen Gebrauch.  
 Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Vorname		Geschlecht	
Strasse			Pat.-Nr.		
Land		Postleitzahl		Wohnort	
Sozialversicherungsnummer			Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		

**Untersuchungsintervall**

- |   |                                   |                                   |                                 |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vor Behandlung | <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahr | <input type="checkbox"/> >5 Jahre |
| <input type="checkbox"/> bei Entlassung | <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 1 Jahr   | <input type="checkbox"/> 4 Jahr | .....(in Monaten)                 |
| <input type="checkbox"/> (Abschluss)    | <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahr   | <input type="checkbox"/> 5 Jahr |                                   |

**Rückenbeschwerden** können zu Rückenschmerzen und/oder Schmerzen im Gesäss, Bein oder Fuss sowie zu Kribbeln, Taubheit oder anderen Missempfindungen im Rücken, Gesäss, Bein oder Fuss führen.

**1** Welche Beschwerden belasten Sie **am stärksten**? Bitte **nur ein Kästchen** ausfüllen.

- Schmerzen im Rücken
- Schmerzen im Bein/Gesäss
- Kribbeln, Taubheit oder andere Missempfindungen im Rücken/Bein/Gesäss
- Keine der aufgeführten Beschwerden

**2** Bitte füllen Sie in Frage 2a und 2b das Kästchen aus, das der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht, wobei "0" keine Schmerzen und "10" stärkste vorstellbare Schmerzen bedeutet. **Wählen Sie Rücken- und Beinschmerzen zu unterscheiden.**

**2a** Wie stark waren Ihre **Rückenschmerzen** in der letzten Woche?

- |           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| keine     | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       | stärkste                                     |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen,<br>die ich mir vorstellen<br>kann |

**2b** Wie stark waren Ihre **Bein-/Gesässschmerzen** in der letzten Woche?

- |           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| keine     | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       | stärkste                                     |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen,<br>die ich mir vorstellen<br>kann |

**3** Wie stark haben Ihre Rückenbeschwerden Ihre **normalen Aufgaben** (Arbeit und zu Hause) **in der letzten Woche beeinträchtigt** ?

- gar nicht
- ein wenig
- mässig
- erheblich
- sehr stark

**4** Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den **Rest Ihres Lebens mit Ihren derzeitigen** Rückenbeschwerden leben müssten?

- sehr zufrieden
- etwas zufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- etwas unzufrieden
- sehr unzufrieden

**5** Bitte blicken Sie **auf die letzte Woche** zurück. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht
- sehr schlecht

**Bitte wenden...**

