

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Makierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

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

Pflichtangaben

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Er soll uns darüber informieren, wie Ihre Rücken- (oder Bein-) Probleme Ihre Fähigkeit beeinflussen, den Alltag zu bewältigen. Wir bitten Sie, jeden Abschnitt zu beantworten. Kreuzen Sie in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die Sie heute am besten beschreibt.

Untersuchungsdatum

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
 Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Jahr 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16

Untersuchungsintervall nach OP

vor Eingriff 6 Wochen 3 Monaten 6 Monaten 9 Monaten
 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre 4 Jahre 5 Jahre 6 Jahre
 7 Jahre 8 Jahre 9 Jahre 10 Jahre 11 Jahre 12 Jahre
 13 Jahre 14 Jahre 15 Jahre >15 Jahre.....

Schmerzintensität

- Ich habe momentan keine Schmerzen.
- Die Schmerzen sind im Moment sehr schwach.
- Die Schmerzen sind im Moment mässig.
- Die Schmerzen sind im Moment ziemlich stark.
- Die Schmerzen sind im Moment sehr stark.
- Die Schmerzen sind im Moment so schlimm wie nur vorstellbar.

Körperpflege (Waschen, Anziehen, etc.)

- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
- Meine Körperpflege durchzuführen ist schmerzhaft, und ich bin langsam und vorsichtig.
- Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige aber das meiste selbst.
- Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten meiner Körperpflege.
- Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.

Gehen

- Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
- Die Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
- Die Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0,5 km zu gehen.
- Die Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
- Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
- Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

Heben

- Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber es geht, wenn diese geeignet stehen, z.B. auf Tisch.
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
- Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

Sitzen

- Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.

Stehen

- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Die Schmerzen hindern mich daran, länger als eine Stunde zu stehen.
- Die Schmerzen hindern mich daran, länger als 30 Minuten zu stehen.
- Die Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
- Die Schmerzen halten mich völlig vom Stehen ab.

Schlafen

- Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
- Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.

Sexualleben *(falls zutreffend)*

- Mein Sexualleben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Mein Sexualleben ist fast normal, aber sehr schmerzhaft.
- Mein Sexualleben ist durch die Schmerzen stark eingeschränkt.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
- Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.

Gesellschaftliche Aktivitäten

- Mein Sozialleben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, ausser dass sie meine aktiveren Interessen wie z.B. Sport einschränken.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben ein und ich gehe nicht mehr so oft aus.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen kein Sozialleben.

Reisen

- Ich kann überallhin reisen und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
- Auf Grund meiner Schmerzen kann ich höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
- Auf Grund von Schmerzen kann ich nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
- Meine Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, ausser zur medizinischen Behandlung.