

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
 - 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

Ihre behandelnden Ärzte möchten sorgfältig den Zustand Ihres Rückens vor und nach Ihrer Behandlung untersuchen. Bitte kreuzen Sie die zutreffendste Antwort an. Wenn Sie schon operiert worden sind, bitte füllen Sie Abschnitte 1 und 2 aus. Wenn Sie noch nicht operiert worden sind, dann nur Abschnitt 1 ausfüllen. Danke.

Datum

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 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Intervall bezüglich Operation / Behandlungsbeginn

vor Eingriff 6 Wochen 6 Monate 1 Jahr 3 Jahre 5 Jahre 7 Jahre 9 Jahre 11 J. 13 J. 15 J.
 bei Entlassung 3 Monate 9 Monate 2 Jahre 4 Jahre 6 Jahre 8 Jahre 10 J. 12 J. 14 J. >15 J.
 Spezifizieren Sie > 15 J.

01. Mit welcher der folgenden Antworten lassen sich die Schmerzen, die Sie in den vergangenen 6 Monaten erlitten haben, am besten beschreiben?

keine leichte mässige mässige bis starke starke

02. Mit welcher der folgenden Antworten lassen sich die Schmerzen, die Sie im vergangenen Monat erlitten haben, am besten beschreiben?

keine leichte mässige mässige bis starke starke

03. Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten sehr nervös?

zu keinem Zeitpunkt für kurze Zeit einige Zeit die meiste Zeit die ganze Zeit

04. Wie würden Sie sich dabei fühlen, wenn Sie Ihr restliches Leben mit Ihrer momentanen Rückenform verbringen müssten?

sehr glücklich ziemlich glücklich weder glücklich noch unglücklich ziemlich unglücklich sehr unglücklich

05. Auf welcher Ebene bewegen sich Ihre Aktivitäten gegenwärtig?

bettlägerig/ Rollstuhl im Wesentlichen keine Aktivität leichte Arbeit, wie z.B. Hausarbeit mässige körp. Arbeit und mässige sportliche Betätigung, wie z.B. Wandern und Radfahren sämtliche Aktivitäten ohne Einschränkung

06. Wie sehen Sie in Kleidung aus?

sehr gut gut einigermaßen gut schlecht sehr schlecht

07. Wie häufig haben Sie sich in den vergangenen 6 Monaten so niedergeschlagen gefühlt, dass nichts Sie aufheitern konnte?

sehr häufig häufig gelegentlich selten nie

08. Haben Sie Rückenschmerzen in Ruhe?

sehr häufig häufig gelegentlich selten nie

09. Auf welcher Ebene bewegen sich gegenwärtig Ihre beruflichen/schulischen Aktivitäten?

100% normal 75% normal 50% normal 25% normal 0% normal

10. Mit welcher der folgenden Antworten lässt sich am besten das Aussehen Ihres Rumpfes - definiert als menschlicher Körper ohne Kopf und Glieder - beschreiben?

sehr gut gut einigermaßen gut schlecht sehr schlecht

11a. Was für Medikamente nehmen Sie aufgrund Ihrer Rückenbeschwerden ein?

(Bitte nur eine Antwort wählen)

keine Nichtbetäubungsmittel wöchentlich oder weniger (z. B. Paracetamol, Ibuprofen) Nichtbetäubungsmittel täglich Betäubungsmittel wöchentlich oder weniger (z.B. Oxycodon, Hydrocon, Codein, Propoxyphen) Betäubungsmittel täglich Sonstige (bitte unten angeben)

11b. "sonstige", spezifizieren Sie Medikament:

11c. "sonstige", spezifizieren Sie Verwendung: täglich wöchentlich oder weniger

12. Schränkt Ihr Rücken Ihre Fähigkeiten ein, zu Hause etwas zu tun?

nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

13. Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten ruhig und gelassen?

die ganze Zeit die meiste Zeit einige Zeit für kurze Zeit zu keinem Zeitpunkt

14. Sind Sie der Meinung, dass sich Ihre Rückenerkrankung auf Ihre persönlichen Beziehungen auswirkt?

überhaupt nicht kaum schwach mässig stark

Bitte wenden!

15. Haben Sie und/oder Ihre Familie wegen Ihres Rückens finanzielle Schwierigkeiten?

starke mässige leichte kaum überhaupt keine

16. Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten niedergeschlagen und traurig?

nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

17. Haben Sie sich in den vergangenen 3 Monaten bei der Arbeit bzw. in der Schule aufgrund von Rückenschmerzen krank gemeldet? Falls ja, wie viele Tage?

0 1 2 3 4 oder mehr

18. Gehen Sie häufiger oder seltener aus als Ihre Freunde?

viel häufiger häufiger gleich viel seltener viel seltener

19. Halten Sie sich mit dem gegenwärtigen Zustand Ihres Rückens für attraktiv?

ja, sehr ja, ziemlich weder attraktiv noch unattraktiv nein, nicht sehr nein, überhaupt nicht

20. Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten glücklich?

zu keinem Zeitpunkt für kurze Zeit einige Zeit die meiste Zeit die ganze Zeit

21. Sind Sie mit den Ergebnissen Ihrer Rückenbehandlung zufrieden?

sehr zufrieden zufrieden weder zufrieden noch unzufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

22. Würden Sie sich noch einmal derselben Behandlung unterziehen, wenn Sie an denselben Beschwerden litten?

ja, bestimmt wahrscheinlich ja bin mir nicht sicher wahrscheinlich nicht nein, bestimmt nicht

23. Wie würden Sie Ihr Selbstbild auf einer Skala von 1 bis 9 bewerten, auf der 1 der schlechteste und 9 der beste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten, falls Sie Ihre Rückenbehandlung schon begonnen haben.

24. Wie finden Sie Ihr Aussehen jetzt im Vergleich zu vor der Behandlung?

viel besser gleich viel schlechter
 besser schlechter

25. Haben sich durch die Rückenbehandlung Ihre Leistungsfähigkeit und Ihre täglichen Aktivitäten verändert?

gesteigert nicht verändert vermindert

26. Hat sich durch die Rückenbehandlung Ihre Fähigkeit verändert, Sport/Hobbys zu genießen?

gesteigert nicht verändert vermindert

27. Wie haben sich Ihre Rückenschmerzen durch die Rückenbehandlung verändert?

gesteigert nicht verändert vermindert

28. Hat die Behandlung Ihr Selbstvertrauen hinsichtlich persönlicher Beziehungen mit anderen Menschen verändert?

gesteigert nicht verändert vermindert

29. Hat die Behandlung die Art verändert, wie andere Menschen Sie sehen?

viel besser gleich viel schlechter
 besser schlechter

30. Hat die Behandlung Ihr Selbstbild verändert?

verbessert nicht verändert verschlechtert

Kommentare:

.....
.....
.....

Bitte kennzeichnen Sie auf den Zeichnungen sämtliche Stellen, an denen Sie Schmerzen haben. Wenn Sie überhaupt keine Schmerzen haben, tragen Sie nichts ein und unterzeichnen Sie hier mit Ihren Initialen.

Kribbeln = 0 stechender Schmerz = /
brennender Schmerz = X Tiefenschmerz = Z

Information wird von Scanner nicht gelesen. Bitte füllen Sie für die Datenerfassung den SRS-30 Schmerzbogen aus.

