


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 (AHV)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Untersuchungsintervall

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> vor Operation | <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> 4 Wochen | <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 4 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> 2 Monate | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 5 Jahre | |
| | | <input type="checkbox"/> anderes Jahre | z.B. 4 Monate
= 4Mon/12Mon
= 0.33 Jahre |

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. Wir bitten Sie, **zwischen Rücken- und Beinschmerzen zu unterscheiden**.

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

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **stärkste** Schmerzen, die ich mir vorstellen kann

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

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **stärkste** Schmerzen, die ich mir vorstellen 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...

