

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Alle Fragen sind zu beantworten wenn nicht anders kommentiert.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt mehrere Antworten erlaubt

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Vorname	Geschlecht
Strasse		M.R.N
Ländercode	Postleitzahl	Wohnort
Sozialversicherungsnummer (AHV)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Pflichtfragen

Lokalisation der Hauptbeschwerden

- Nacken/cervical Mittlerer Rücken/ thorakal Tiel lumbal/ lumbal/ sakral iliosacral cervico-thorako-lumbal

Anamnese

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 23 24 25

Vorhandensein von Risikofaktoren (Flags*)

- keine Blau
 Rot Schwarz
 Gelb nicht beurteilbar
 Orange
- Rote Flaggen = Patient Grad IV*

Behandlungsrahmen

- ambulant
 stationär

Hauptgrund der Behandlung

- klinische Befunde (ICD)
 funktionelle Einschränkungen (ICF)
 klinische Befunde und funktionelle Einschränkungen

Diagnose validiert durch

- Anamnese CT
 klinische Beurteilung Laboruntersuchungen
 Röntgen andere
 MRI

Patientenklassifikation

- Grad 0 Grad III *Grad 0 = keine Symptome*
 Grad I Grad IV *Grad I = Symptome, keine weitere Behandlung empfohlen*
 Grad II nicht untersuchbar *Grad II = Symptome, keine radikulären Zeichen, Behandlung empfohlen*
Grad III = Symptome, radikuläre Zeichen, Behandlung empfohlen
Grad IV = rote Flaggen

Klinische Befunde (ICD) ICD Nomenklatur (ICD 9 und 10 Codes automatisch vom System generiert)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BSpäthologie ohne Myelopathie | <input type="checkbox"/> Muskelzerrung | <input type="checkbox"/> kollabierter WK |
| <input type="checkbox"/> BSpäthologie mit Myelopathie | <input type="checkbox"/> Ischialgie | <input type="checkbox"/> Kompressionsfraktur |
| <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose | <input type="checkbox"/> Spondylolyse/ Spondylolisthese (erworben) | <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans |
| <input type="checkbox"/> degenerative BSpäthkrankung | <input type="checkbox"/> Spondylolyse/ Spondylolisthese (congenital) | <input type="checkbox"/> Skoliose (idiopathisch) |
| <input type="checkbox"/> Nervenwurzelkompression/ Radikulopathie | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen schwangerschaftsassoziert | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Postlaminektomie-Syndrom | | <input type="checkbox"/> andere |

Spezifikation der Limitationen von Aktivitäten und Handlungen (ICF)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen | <input type="checkbox"/> Die Toilette benutzen | <input type="checkbox"/> Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet |
| <input type="checkbox"/> Eine element. Körperpos. wechseln | <input type="checkbox"/> Sich kleiden | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsleben |
| <input type="checkbox"/> In einer Körperposition verbleiben | <input type="checkbox"/> Hausarbeiten erledigen | <input type="checkbox"/> Erholung und Freizeit |
| <input type="checkbox"/> Gegenstände anheben und tragen | <input type="checkbox"/> Anderen helfen | <input type="checkbox"/> Funktionen des Schlafes |
| <input type="checkbox"/> Hand- und Armgebrauch | <input type="checkbox"/> Familienbeziehungen | <input type="checkbox"/> Funkt. d. kardiorespiratorischen Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Ein Fahrzeug fahren | <input type="checkbox"/> Bezahlte Tätigkeit | |

Dauer der aktuelle Episode

- < 6 Wochen > 12 Wochen
 6 Wochen - 12 Wochen

Verlauf der Beschwerden

- wiederkehrende Episode $\xrightarrow{\text{falls wiederkehrend}}$ ja
 erste Episode nein

Konsultation gesucht

- ja $\xrightarrow{\text{falls ja}}$ ja
 nein

Behandlung erhalten

- ja
 nein

Bisherige Behandlung der aktuellen Beschwerden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bisher keine Behandlung | <input type="checkbox"/> arbeitsmedizinische Massnahmen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikation | <input type="checkbox"/> multidisziplinäre Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> invasive Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> WS-Operation |
| <input type="checkbox"/> physikalische Massnahmen | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> psychologische Interventionen | |

Anzahl bisheriger WS-Operationen

- 0 2 >3
 1 3

Höhe vorheriger OPs

- cervical lumbal/ lumbosakral
 thorakal

Anzahl bisheriger Therapiesitzungen in den letzten 12 Monaten

- gemäss Patientenankunft*
 nicht bekannt 1-9 19-27
 keine 10-18 > 27

Derzeitige Medikation für aktuelle Beschwerden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) |
| <input type="checkbox"/> NSAR | <input type="checkbox"/> Trizyklische Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> schwache Opioide | <input type="checkbox"/> Anxiolytika |
| <input type="checkbox"/> starke Opioide | <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva |
| <input type="checkbox"/> andere Analgetika | <input type="checkbox"/> Neuroleptika |
| <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> schlaffördernde Medikamente | |

Spinale Komorbiditäten

- ja
 nein

Andere muskuloskeletale Komorbiditäten

- ja
 nein

Systemische Komorbiditäten

- ja \rightarrow
 nein

Anzahl

- 1-3
 >3

Behandlung

Qualifikation des Therapeuten

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Osteopath/in | <input type="checkbox"/> Masseur/in | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Acupunkteur/in | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker/in | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut/in (kein Arzt) | <input type="checkbox"/> Manualtherapeut | |

*Flags

- Rot:** Biomedizin. Faktoren; z.B. schwerwiege. Wirbelsäulenpath.
Gelb: Psychosoziale oder Verhaltensfaktoren
Orange: Abnorme psych. Prozesse oder Drogenabusus; z.B. Schizophrenie, Depression
Blau: Sozioökonomische/ arbeitsbezogene Faktoren
Schwarz: Beschäftigungs- und Gesellschaftsfaktoren

Behandlungsverlauf/ therapeutische Massnahmen

Medikation	Schmerzmedikation	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> fortgeführt <input type="checkbox"/> erweitert/modifiziert				<input type="checkbox"/> NSAR <input type="checkbox"/> andere Analgetika <input type="checkbox"/> schwache Opioide <input type="checkbox"/> starke Opioide				<input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien <input type="checkbox"/> schlaffördernde Medikamente <input type="checkbox"/> SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)				<input type="checkbox"/> Trizykl. Antidepressiva <input type="checkbox"/> Anxiolytika <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika				<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Behandlungsrahmen	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Einzel- und Gruppentherapie																			
Nicht invasive Therapien	Physiotherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Krafttraining <input type="checkbox"/> Flexibilität <input type="checkbox"/> muskuläre Ausdauer				<input type="checkbox"/> cardiovaskuläre Ausdauer <input type="checkbox"/> Balance <input type="checkbox"/> Haltungskontrolle				<input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> Stabilisationstraining <input type="checkbox"/> andere							
	Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Manipulation <input type="checkbox"/> Weichteiltechniken				<input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Neuromeningeale Mobil. <input type="checkbox"/> Viszerale Techniken				<input type="checkbox"/> Triggerpunktbehandlung <input type="checkbox"/> Craniosacrale Techniken <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> andere							
Nicht invasive Therapien	Physikalische Massnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Interferenzstrom <input type="checkbox"/> Thermotherapie <input type="checkbox"/> Diathermie				<input type="checkbox"/> Stosswellentherapie <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Ultraschall				<input type="checkbox"/> Lumbalorthese <input type="checkbox"/> Lasertherapie <input type="checkbox"/> Traktion				<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Psychologische Intervention	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Entspannung/ Meditation				<input type="checkbox"/> Kognitive Therapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie				<input type="checkbox"/> psychologische Beratung <input type="checkbox"/> andere							
Nicht invasive Therapien	Arbeitsmedizinische Massnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> ergonomische Massnahmen <input type="checkbox"/> Umschulung/ berufliche Rehabilitation				<input type="checkbox"/> Arbeitsreintegration <input type="checkbox"/> Arbeitssimulation				<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>							
	Multidisziplinäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in				<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin				<input type="checkbox"/> Chiropraktiker/in <input type="checkbox"/> Osteopath/in				<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>			
Invasive Therapien	Invasive Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> Facettenblock <input type="checkbox"/> Nervenwurzelblock <input type="checkbox"/> epidurale Infiltration <input type="checkbox"/> Epiduralkatheter <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe				<input type="checkbox"/> Rückenmarksstimulator <input type="checkbox"/> IDET <input type="checkbox"/> IRT <input type="checkbox"/> Radiofrequenztherapie <input type="checkbox"/> Facetten-Kryodenerivation				<input type="checkbox"/> Facetten-Alkoholdenervation <input type="checkbox"/> Neuraltherapie <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> ISG Infiltration (iliosacral) <input type="checkbox"/> andere							

TENS = Transcutane-Elektrische-Nerven-Stimulation
IDET = Intradiskale Elektrothermale Therapie / IRT = Immediate Release Technique

Behandlungsende

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 23 24 25 26

Therapeutische Komplikationen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unerwartete Schmerz-exacerbation <input type="checkbox"/> Muskelzerrung <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ AP	<input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Asthmaanfall <input type="checkbox"/> Nervenwurzelverletzung <input type="checkbox"/> Cauda Equina-Verletzung <input type="checkbox"/> Rückenmarksverletzung <input type="checkbox"/> Blutung in Spinalkanal	<input type="checkbox"/> Blutung ausserhalb Spinalkanal <input type="checkbox"/> Duraverletzung <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> Elektrodenfehlpositionierung <input type="checkbox"/> Elektrodendislokation <input type="checkbox"/> andere	Massnahmen gegen Komplikationen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> konservativ, pharmakologisch <input type="checkbox"/> konservativ, funktionell <input type="checkbox"/> verlängerte Hospitalisation <input type="checkbox"/> operative Intervention	<input type="checkbox"/> Überweisung zu anderem Fachgebiet <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> andere			
Anzahl erhaltener Therapieeinheiten	<input type="checkbox"/> n. bekannt <input type="checkbox"/> 1 -9 <input type="checkbox"/> 10 - 18	Behandlung abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gründe für Nichtabschiessen der Behandlung	<input type="checkbox"/> n. bekannt <input type="checkbox"/> medizinisch <input type="checkbox"/> KK/ Versich.	<input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> andere	Überweisung für weiterführende Behandlung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> physikalische Medizin <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie	<input type="checkbox"/> Schmerzdienst/ Management <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> andere

Behandlungsende - Patientenreevaluation

Patienten-klassifikation	Erreichen therapeutischer Ziele: ZE Ziel erreicht - ZT Ziel teilweise erreicht - ZN Ziel nicht erreicht - KZ kein Ziel											
<input type="checkbox"/> Grad 0	ZE	ZT	ZN	KZ	ZE	ZT	ZN	KZ	ZE	ZT	ZN	KZ
<input type="checkbox"/> Grad I	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grad II	Mit Stress und anderen psych. Anforderungen umgehen				Die Toilette benutzen				Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet			
<input type="checkbox"/> Grad III	Element. Körperpos. wechseln				Sich kleiden				Hausarbeiten erledigen			
<input type="checkbox"/> Grad IV	In e. Körperposition verbleiben				Anderen helfen				Gemeinschaftsleben			
<input type="checkbox"/> n. untersuchbar	Gegenst. anheben und tragen				Familienbeziehungen				Erholung und Freizeit			
Risikofakt./ Flags	Hand- und Armgebrauch				Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden				Funktionen des Schlafes			
<input type="checkbox"/> keine	Ein Fahrzeug fahren				Bezahlte Tätigkeit				Kardiorespirat. Belastbarkeit			
<input type="checkbox"/> Rot*	Gehen								andere			
<input type="checkbox"/> Gelb												
<input type="checkbox"/> Orange	Ergebnis (Therapeut/Untersucher)				Veränderungen im Vergleich zu Behandlungsbeginn							
<input type="checkbox"/> Blau	<input type="checkbox"/> exzellent <input type="checkbox"/> mässig				<input type="checkbox"/> deutlich verschlechtert <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> deutlich verbessert							
<input type="checkbox"/> Schwarz	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht				<input type="checkbox"/> wenig verschlechtert <input type="checkbox"/> wenig verbessert							
<input type="checkbox"/> nicht untersuchbar												

* Patient Grad IV

Therapeut