

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

Ihre Ärzte beurteilen sorgfältig den Zustand Ihres Rückens vor und nach der Behandlung. Bitte kreuzen Sie die jeweils passendste Antwort auf jede Frage an, sofern nichts anderes angegeben ist.

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

Untersuchungsintervall

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vor Eingriff | <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 8 Jahre | <input type="checkbox"/> 11 Jahre | <input type="checkbox"/> 14 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 9 Jahre | <input type="checkbox"/> 12 Jahre | <input type="checkbox"/> 15 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 4 Jahre | <input type="checkbox"/> 7 Jahre | <input type="checkbox"/> 10 Jahre | <input type="checkbox"/> 13 Jahre | <input type="checkbox"/> >15 Jahre |

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

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mässige | <input type="checkbox"/> mässige bis starke | <input type="checkbox"/> starke |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|

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

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mässige | <input type="checkbox"/> mässige bis starke | <input type="checkbox"/> starke |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|

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

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> zu keinem Zeitpunkt | <input type="checkbox"/> für kurze Zeit | <input type="checkbox"/> einige Zeit | <input type="checkbox"/> die meiste Zeit | <input type="checkbox"/> die ganze Zeit |
|--|---|--------------------------------------|--|---|

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

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr glücklich | <input type="checkbox"/> ziemlich glücklich | <input type="checkbox"/> weder glücklich noch unglücklich | <input type="checkbox"/> ziemlich unglücklich | <input type="checkbox"/> sehr unglücklich |
|---|---|---|---|---|

5. Auf welcher Ebene bewegen sich Ihre Aktivitäten gegenwärtig?

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> bettlägrig/
Rollstuhl | <input type="checkbox"/> im Wesentlichen
keine Aktivitäten | <input type="checkbox"/> leichte Arbeit, wie
z.B. Hausarbeit | <input type="checkbox"/> mässige körperliche
Arbeit und mässige
sportliche Betätigung,
wie z.B. Wandern u. Radfahren | <input type="checkbox"/> sämtliche
Aktivitäten ohne
Einschränkung |
|---|---|---|---|---|

6. Wie sehen Sie mit Kleidung aus?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> einigermaßen gut | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> sehr schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|--|

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

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr häufig | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

8. Haben Sie Rückenschmerzen in Ruhe?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr häufig | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

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

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100% normal | <input type="checkbox"/> 75% normal | <input type="checkbox"/> 50% normal | <input type="checkbox"/> 25% normal | <input type="checkbox"/> 0% normal |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

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

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> einigermaßen gut | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> sehr schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|--|

Bitte wenden!

11. Was für Medikamente nehmen Sie aufgrund Ihrer Beschwerden ein?

	Nichtbetäubungsmittel	Nichtbetäubungsmittel	Betäubungsmittel	Betäubungsmittel	andere:
keine	wöchentlich oder weniger	täglich	wöchentlich oder weniger	täglich
()	()	()	()	()	()

12. Schränkt Ihr Rücken Ihre Fähigkeit 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
()	()	()	()	()

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

starke	mässige	leichte	kaum	überhaupt nicht
()	()	()	()	()

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	für kurze Zeit	einige Zeit	die meiste Zeit	die ganze Zeit
()	()	()	()	()

22. Würden Sie sich noch einmal der selben Behandlung unterziehen, wenn Sie an den selben Beschwerden litten?

ja, bestimmt	wahrscheinlich	weiss nicht/ keine Behandlung	wahrscheinlich nicht	bestimmt nicht
()	()	()	()	()

Kommentar:

.....