

Kompatibel mit SGS SWISSpine Register

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

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

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Pro Frage ist nur eine Antwort erlaubt.
- Felder sind komplett auszufüllen.
- Pflichtangaben

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 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | stärkste |
| Schmerzen | <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"/> | Schmerzen,
die ich mir vorstellen
kann |

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

- | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| keine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | stärkste |
| Schmerzen | <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"/> | 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...

6 An wievielen Tagen **in den letzten 4 Wochen** haben Ihre Rückenbeschwerden Sie gezwungen, Ihre **gewohnten Tätigkeiten** (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) **einzuschränken**?

- 0 Tage
 zwischen 1 und 7 Tagen
 zwischen 8 und 14 Tagen
 zwischen 15 und 21 Tagen
 an mehr als 21 Tagen

7 An wievielen Tagen **in den letzten 4 Wochen** haben Ihre Rückenbeschwerden Sie **daran gehindert**, zur **Arbeit** zu gehen (Arbeit, Schule, Hausarbeit)?

- 0 Tage
 zwischen 1 und 7 Tagen
 zwischen 8 und 14 Tagen
 zwischen 15 und 21 Tagen
 an mehr als 21 Tagen

Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie den Fragebogen NACH der Operation ausfüllen

8a Sind **als Folge der Operation in unserer Klinik Komplikationen** aufgetreten (wie z.B. Störung der Wundheilung, Lähmung, Gefühlsstörungen) ?

- nein
 ja -> bitte beschreiben Sie diese

8b Wie beeinträchtigend/störend waren diese Komplikationen?

- gar nicht beeinträchtigend/störend
 ein wenig beeinträchtigend/störend
 mässig beeinträchtigend/störend
 erheblich beeinträchtigend/störend
 sehr stark beeinträchtigend/störend

9 Wurden Sie **seit der Operation bei uns in einer anderen Klinik oder erneut bei uns** an der Wirbelsäule (am mittleren/unteren Rücken) operiert?

- nein
 ja, aber an einer anderen Stelle der Wirbelsäule
 ja, an derselben Stelle der Wirbelsäule (gleiches Segment)

10 Wie zufrieden waren Sie bisher mit der **Behandlung** Ihrer Rückenbeschwerden **in unserer Klinik**?

- sehr zufrieden
 etwas zufrieden
 weder zufrieden noch unzufrieden
 etwas unzufrieden
 sehr unzufrieden

11 Wie hat Ihnen die **Behandlung** Ihrer Rückenbeschwerden **in unserer Klinik** (Operation) **insgesamt geholfen**?

- sehr geholfen
 geholfen
 nur wenig geholfen
 nicht geholfen
 geschadet

Datum Tag 1-31, Monat, Jahr 20-35

Unterschrift: