

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 Unterer Rücken / lumbal / sacral ilio-sacral cervico-thorako-lumbal

Anamnese

Aufnahme-datum	Tag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31	Jahr	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	(Aufnahmedatum ist optional)		
	Monat	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12			
Behandlungsrahmen		Hauptgrund der Behandlung		Diagnose validiert durch		Vorhandensein von Risikofaktoren (Flags*)	
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> diagnostische Befunde (ICD) <input type="checkbox"/> funktionelle Einschränkungen (ICF) <input type="checkbox"/> diagnostische Befunde und funktionelle Einschränkungen		<input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> klinische Beurteilung <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen <input type="checkbox"/> andere	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Blau <input type="checkbox"/> Rot <input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Gelb <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> beurteilbar		Rote Flaggen = Patient Grad IV					
Patientenklassifikation							
<input type="checkbox"/> Grad 0 <input type="checkbox"/> Grad I <input type="checkbox"/> Grad II		<input type="checkbox"/> Grad III <input type="checkbox"/> Grad IV <input type="checkbox"/> nicht untersuchbar		Grad 0 = keine Symptome Grad I = Symptome, keine weitere Behandlung empfohlen Grad II = Symptome, keine radikulären Zeichen, Behandlung empfohlen Grad III = Symptome, radikuläre Zeichen, Behandlung empfohlen Grad IV = rote Flaggen			
Diagnostische Befunde (ICD) ICD Nomenklatur (ICD 9 und 10 Codes automatisch vom System generiert)							
<input type="checkbox"/> BS-Pathologie ohne Myelopathie <input type="checkbox"/> BS-Pathologie mit Myelopathie <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose <input type="checkbox"/> degenerative BS-Erkrankung <input type="checkbox"/> Nervenwurzelkompression/ Radikulopathie <input type="checkbox"/> Postlaminektomie-Syndrom		<input type="checkbox"/> Muskelzerrung <input type="checkbox"/> Ischialgie <input type="checkbox"/> Spondylolyse/ Spondylolisthese (erworben) <input type="checkbox"/> Spondylolyse/ Spondylolisthese (congenital) <input type="checkbox"/> schwangerschaftsassozierte Rückenschmerzen		<input type="checkbox"/> kollabierter WK <input type="checkbox"/> Kompressionsfraktur <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans <input type="checkbox"/> Skoliose (idiopathisch) <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> andere			
Spezifikation der Limitationen von Aktivitäten und Handlungen (ICF) - funktionelle Einschränkungen							
<input type="checkbox"/> mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen <input type="checkbox"/> eine elementare Körperpos. wechseln <input type="checkbox"/> in einer Körperposition verbleiben <input type="checkbox"/> Gegenstände anheben und tragen <input type="checkbox"/> Hand- und Armgebrauch <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> ein Fahrzeug fahren		<input type="checkbox"/> die Toilette benutzen <input type="checkbox"/> sich kleiden <input type="checkbox"/> Hausarbeiten erledigen <input type="checkbox"/> anderen helfen <input type="checkbox"/> Familienbeziehungen <input type="checkbox"/> eine Arbeit erhalten, behalten und beenden <input type="checkbox"/> bezahlte Tätigkeit		<input type="checkbox"/> Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsleben <input type="checkbox"/> Erholung und Freizeit <input type="checkbox"/> Funktionen des Schlafes <input type="checkbox"/> Funkt. d. kardiorespiratorischen Belastbarkeit <input type="checkbox"/> andere			
Dauer der aktuelle Episode		Verlauf der Beschwerden		Konsultation gesucht		Behandlung erhalten	
<input type="checkbox"/> < 6 Wochen <input type="checkbox"/> > 12 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen - 12 Wochen		<input type="checkbox"/> wiederkehrende Episode <input type="checkbox"/> erste Episode		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls wiederkehrend falls ja		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bisherige Behandlung der aktuellen Beschwerden							
<input type="checkbox"/> bisher keine Behandlung <input type="checkbox"/> Schmerzmedikation <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> manuelle Therapie <input type="checkbox"/> physikalische Massnahmen <input type="checkbox"/> psychologische Interventionen		<input type="checkbox"/> arbeitsmedizinische Massnahmen <input type="checkbox"/> multidisziplinäre Behandlung <input type="checkbox"/> invasive Schmerztherapie <input type="checkbox"/> WS-Operation <input type="checkbox"/> andere		Anzahl bisherige WS-Operationen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3		Höhe vorherige OPs <input type="checkbox"/> cervical <input type="checkbox"/> lumbal / sakral <input type="checkbox"/> thorakal	
Derzeitige Medikation für aktuelle Beschwerden							
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> NSAR <input type="checkbox"/> schwache Opiode <input type="checkbox"/> starke Opiode <input type="checkbox"/> andere Analgetika <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien <input type="checkbox"/> schlaffördernde Medikamente		<input type="checkbox"/> SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) <input type="checkbox"/> trizyklische Antidepressiva <input type="checkbox"/> Anxiolytika <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> andere		Spinale Komorbiditäten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Andere muskuloskeletale Komorbiditäten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				Systemische Komorbiditäten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anzahl <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3	

Behandlung

Beginn Therapie	Tag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31	Jahr	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
	Monat	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
Qualifikation des Therapeuten				
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Osteopath/-in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in <input type="checkbox"/> Chiropraktiker/-in <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut/-in (k. Arzt)		<input type="checkbox"/> Masseur/-in <input type="checkbox"/> Psychologe/-in <input type="checkbox"/> Akupunkteur/-in <input type="checkbox"/> andere		<input type="checkbox"/> Manualtherapeut/-in

*Flags

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

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			
	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"/> Dehnungen <input type="checkbox"/> Neuromeningeale Mobil. <input type="checkbox"/> viszerale Techniken				<input type="checkbox"/> Triggerpunktbehandlung <input type="checkbox"/> cranosacrale 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			
	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							
	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			
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-Kryodeneration				<input type="checkbox"/> Facetten-Alkoholdeneration <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 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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"/> Wundinfekt <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"/> unbekannt <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	Gehen				Bezahlte Tätigkeit				Kardiorespirat. Belastbarkeit			
<input type="checkbox"/> Rot*	Ein Fahrzeug fahren								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