

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 Behandlung | <input type="checkbox"/> 2 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> bei Entlassung (Abschluss) | <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> 4 Wochen | <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 4 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 5 Jahre | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <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 |
| | <input type="checkbox"/> | |

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 |
| | <input type="checkbox"/> | |

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 Behandlung ausfüllen

8a Sind als Folge der Behandlung in unserer Einrichtung (Klinik/ Praxis) 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 Behandlung bei uns in einer anderen Einrichtung (Klinik/ Praxis) oder erneut bei uns an der Wirbelsäule (am mittleren/unteren Rücken) behandelt?

- 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 Einrichtung (Klinik/ Praxis)?

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

11 Wie hat Ihnen die Behandlung Ihrer Rückenbeschwerden in unserer Einrichtung (Klinik/ Praxis) insgesamt geholfen?

- sehr geholfen
 geholfen
 nur wenig geholfen
 nicht geholfen
 geschadet

Datum Tag 1-31, Monat 1-12, Jahr 10-25

Unterschrift: