

Anweisungen

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

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

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

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 |

Nackenbeschwerden können zu Nackenschmerzen und/oder Schmerzen im Arm-/Schulterbereich sowie zu Kribbeln, Taubheit oder anderen Missempfindungen in diesen Bereichen führen.

1 Welche Beschwerden belasten Sie **am stärksten**? Bitte **nur ein Kästchen** ausfüllen.

- Schmerzen im Nacken
- Schmerzen im Arm/Schulter
- Kribbeln, Taubheit oder andere Missempfindungen im Nacken-/Arm-/Schulterbereich
- Keine der aufgeführten Beschwerden

2 Bitte markieren Sie in Frage 2a und 2b das Kästchen, das der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht, wobei "0" keine Schmerzen und "10" stärkste vorstellbare Schmerzen bedeutet. Wir bitten Sie, **zwischen Nacken- und Armschmerzen** zu unterscheiden.

2a Wie stark waren Ihre **Nackenschmerzen** 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"/> | <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"/> | |

2b Wie stark waren Ihre **Arm-/Schulterschmerzen** 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"/> | <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"/> | |

3 Wie stark haben Ihre Nackenbeschwerden 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 Nackenbeschwerden** 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 Nackenbeschwerden 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 Nackenbeschwerden 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 Halswirbelsäule (am Nacken) behandelt?

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

10 Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Behandlung Ihrer Nackenbeschwerden in unserer Einrichtung (Klinik/ Praxis)?

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

11 Wie hat Ihnen die Behandlung Ihrer Nackenbeschwerden 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 grid for date entry

Unterschrift: