

Selbstanamnese-Fragebogen

(Erstbehandlung Rücken)

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

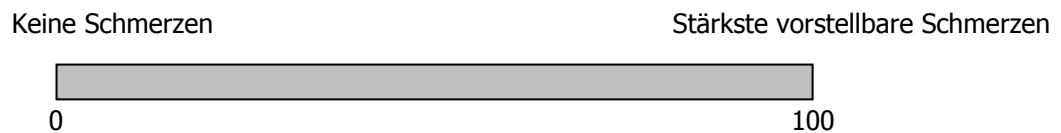
Durch Ausfüllen dieser Formulare, geben Sie eine ersten Gesamtübersicht Ihrer Beschwerden und dadurch bereits eingetretene Funktionseinschränkungen im Alltag. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und beantworten Sie die Fragen.

Geburtsdatum: _____ (Tag/Monat/Jahr)

Heutiges Datum: _____ (Tag/Monat/Jahr)

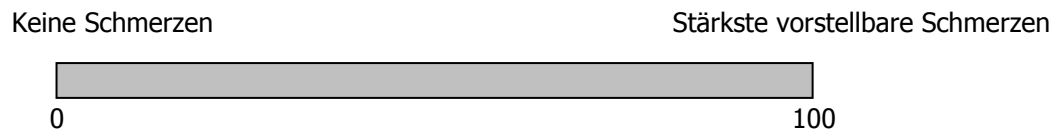
Wie stark sind Ihre Schmerzen im Rücken, bzw. im Bereich der Halswirbelsäule zum jetzigen Zeitpunkt?

Bitte machen Sie ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht.



Wie stark sind Ihre Schmerzen in den Beinen oder Armen zum jetzigen Zeitpunkt?

Bitte machen Sie ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht.



Nehmen Sie zur Zeit Schmerzmittel? ja nein

Wenn ja, welche?

Medikament	Art (Tbl./Trpf./ Salbe/Zäpf.)	Regelmäßig Bitte Dosierung angeben	Bei Bedarf Bitte Dosierung angeben

Haben Sie schon mindestens eine Therapiesitzung bei uns gemacht?

Ja

Nein

Falls ja, haben Sie Ihren Schmerzmittelkonsum seit Beginn der Therapie verändert?

nein

ja, ich nehme **mehr** Schmerzmittel als vor der Therapie

ja, ich nehme **weniger** Schmerzmittel als vor der Therapie

1. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zur Behandlung ?

2. Seit wann haben Sie diese Schmerzen ?

seit einigen Tagen

seit einigen Wochen

seit einigen Monaten

seit einigen Jahren, wie viele

Falls bekannt, Monat und Jahr (z. B. 10/90) des Schmerzbeginns angeben

3. Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt ?

Medikamente

Operation

Nervenblockaden

Injektionen

Infusionen

lokale Einspritzungen

Akupunktur

Psychotherapie

Chiropraktik

Elektrische Nervenstimulation

Krankengymnastik

Massagen

Bäder

Packungen

Medikamentenentzug

Kuren

Heilschlaf

Andere

4. Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und/oder behandelt ?

Praktischer Arzt

Schmerzth. Einrichtung

Internist

Orthopäde

Chirurg

Neurochirurg

Anaesthesist

Nervenarzt

Psychiater

Psychologe

Zahnarzt

Kieferchirurg

Frauenarzt

Augenarzt

HNO-Arzt

Hautarzt

Urologe

Röntgenologe

Heilpraktiker

Andere

Wieviel andere Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen konsultiert ?

5. Welche Krankenhaus- und Kuraufenthalte hatten Sie wegen Ihrer Schmerzen ?

wo _____ wann _____ wie lange _____
wo _____ wann _____ wie lange _____
wo _____ wann _____ wie lange _____

6. Welche Diagnosen wurden gestellt?

6. Wie lange sind Sie insgesamt wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig gewesen oder konnten Sie Ihre Hausarbeit nicht voll ausführen ?

7. Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente ? ja nein
Läuft ein Rentenantrag ? ja nein

8. Sind Sie schon einmal operiert worden ? ja nein

9. Haben Sie noch andere Krankheiten ? ja nein

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Erkrankung	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

Erläuterungen:

10. Welche Medikamente nehmen Sie aus anderen Gründen außerdem noch ein ?

11. Sind Sie schwanger? ja nein

12. Was löst Ihre Schmerzen aus oder verschlimmert sie ?

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie **im Moment** (wir meinen in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben **drei** Antwortmöglichkeiten:

- (1) Ja d.h. Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.
- (2) Ja, aber mit Mühe d.h. Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen.
- (3) Nein, oder nur mit fremder Hilfe d.h. Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen hilft.

Bitte beantworten Sie jede Frage !	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	(1)	(2)	(3)
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	(1)	(2)	(3)
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange) ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen ?	(1)	(2)	(3)
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen ?	(1)	(2)	(3)

Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste , Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen (-männer) tätigkeit)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung