

Anamnesebogen Wirbelsäulensprechstunde

Vor-/Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Größe: _____ cm
Gewicht: _____ kg

1) Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

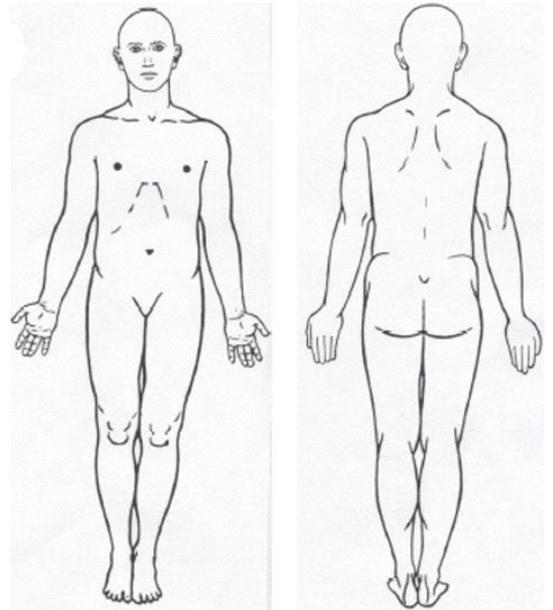
- Rückenschmerzen
- Arm (rechts/links)
- Bein (rechts/links)
- Gehstreckeneinschränkung
(Strecke: _____ m)

2) Seit wann? _____

3) Treten Lähmungen/Gefühlsstörungen auf

- Ja, und zwar _____

4) Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden im Körperschema ein.



5) Vordiagnosen (Herz, Lunge, Niere, Orthopädisch, ...)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herz: _____ |
| Medikamente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Nieren: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Lunge _____ |
| <input type="checkbox"/> COPD / Pneumonie (letzte 12 Mo.) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> andere Medikamente |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

6) Voroperationen

- Rücken _____
- Bauch _____
- Extremitäten (Arme/Beine _____)
- Sonstige: _____

7) Medikamente (Schmerzmittel, Blutverdünner, Immunsuppressiva...)

7.1) Konsumieren Sie Alkohol? nein Ja, Art und Menge: _____

- täglich wöchentlich gelegentlich

8) Sind sie Im Alltag auf Unterstützung angewiesen (Pflegedienst, Haushaltshilfe ect.)?

- nein Ja

8) Schmerzen

Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> kein Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vorstellbarer Schmerz				

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> kein Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vorstellbarer Schmerz						

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> kein Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vorstellbarer Schmerz						

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> kein Schmerz	<input type="checkbox"/> vorstellbarer Schmerz									

8.1) Schmerzbeeinträchtigung

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten 3 Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> völlige Beeinträchtigung									

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> völlige Beeinträchtigung									

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> völlige Beeinträchtigung									

8.1) Bitte beantworten Sie folgende Fragen (ein x pro Zeile)

Kraft	Wie schwer fällt es Ihnen, ca. 5 kg ¹ zu heben und zu tragen? ¹ (Sack Kartoffeln)	<ul style="list-style-type: none"> • nicht schwer (0) <input type="checkbox"/> • etwas schwer (1) <input type="checkbox"/> • sehr schwer oder nicht möglich (2) <input type="checkbox"/>
Gehen	Wie schwer fällt es Ihnen, auf Zimmerebene umherzugehen?	<ul style="list-style-type: none"> • nicht schwer (0) <input type="checkbox"/> • etwas schwer (1) <input type="checkbox"/> • sehr schwer, benötige Hilfsmittel oder nicht möglich (2) <input type="checkbox"/>
Aufstehen	Wie schwer fällt es Ihnen, vom Stuhl oder Bett aufzustehen?	<ul style="list-style-type: none"> • nicht schwer (0) <input type="checkbox"/> • etwas schwer (1) <input type="checkbox"/> • sehr schwer oder nicht möglich ohne Hilfe (2) <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Wie schwer fällt es Ihnen, eine Treppe mit 10 Stufen zu steigen?	<ul style="list-style-type: none"> • nicht schwer (0) <input type="checkbox"/> • etwas schwer (1) <input type="checkbox"/> • sehr schwer oder nicht möglich (2) <input type="checkbox"/>
Stürze	Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt?	<ul style="list-style-type: none"> • kein Sturz (0) <input type="checkbox"/> • 1–3 Stürze (1) <input type="checkbox"/> • 4 oder mehr Stürze (2) <input type="checkbox"/>

9) Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Bitte Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?

nein **Ja**

Haben Sie im letzten Monat wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten gehabt?

nein **Ja**

Haben Sie sich im letzten Monat häufig Sorgen über alltägliche Probleme gemacht?

nein **Ja**