

**Anweisungen**

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

Pflichtangaben

|              |                         |            |
|--------------|-------------------------|------------|
| Nachname     | Vorname                 | Geschlecht |
| Strasse      | Pat.-Nr.                |            |
| Postleitzahl | Wohnort                 |            |
| Beruf        | Geburtstag (TT.MM.JJJJ) | Telefon    |

Nur zum internen Gebrauch.  
Nicht vom Scanner gelesen.

**Untersuchungsintervall**

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vor Operation | <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahre             |
| <input type="checkbox"/> 4 Wochen      | <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre             |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen      | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 4 Jahre             |
| <input type="checkbox"/> 2 Monate      | <input type="checkbox"/> 1 Jahr   | <input type="checkbox"/> 5 Jahre             |
|  |                                   | <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 Missemmpfindungen 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 Missemmpfindungen 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 | <input type="checkbox"/> 0 | <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 | <b>stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann</b> |
|                 | <input type="checkbox"/>    |  |

**2b** Wie stark waren Ihre **Bein-/Gesäßschmerzen** in der letzten Woche?

- |                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |  |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| keine Schmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <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 | <b>stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann</b> |
|                 | <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 22 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 22 Tagen

Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie den Fragebogen **NACH** der Operation ausfüllen

**8a** Sind als **Folge der Operation in unserem Hospital 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 Operation bei uns in einem anderen Hospital oder erneut bei uns** an der Lendenwirbelsäule (am Rücken) operiert?

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

**10** Wie zufrieden waren Sie bisher mit der **Behandlung** Ihrer Rückenbeschwerden **in unserem Hospital**?

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

**11** Wie hat Ihnen die **Behandlung** Ihrer Rückenbeschwerden **in unserem Hospital** (Operation) **insgesamt geholfen**?

- sehr geholfen
- geholfen
- nur wenig geholfen
- nicht geholfen
- geschadet

|       |       |   |      |   |
|-------|-------|---|------|---|
| 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 | 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 |

Unterschrift: .....