

## Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

## Fragearten

- nur 1 Antwort erlaubt  
 mehrere Antworten erlaubt

## Schmerzen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre Beschwerden in der **LENDENWIRBELSÄULE**.  
 Sämtliche Fragen sollen Auskunft geben darüber, wie Sie sich in der letzten Woche fühlten.

### Untersuchungsdatum

Tag	10 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Monat	10 12 13 14 15 16 17 18 19 10 11 12

Jahr 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16

### Untersuchungszeitpunkt

<input checked="" type="checkbox"/> vor Eingriff	<input checked="" type="checkbox"/> 9 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 8 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 12 Jahre
<input checked="" type="checkbox"/> 6 Wochen	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Jahr	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 9 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 13 Jahre
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 10 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 14 Jahre
<input checked="" type="checkbox"/> 6 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 11 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> 15 Jahre
				<input checked="" type="checkbox"/> >15 Jahre .....

Wie häufig haben Sie in der letzten Woche unter folgenden Beschwerden in der Lenden-Becken-Hüft-Region gelitten? Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

#### L1. Rückenschmerzen oder Gesäßschmerzen

- nie  
 selten  
 manchmal  
 häufig  
 meistens  
 immer

#### L2. Schmerzen im Bein

- nie  
 selten  
 manchmal  
 häufig  
 meistens  
 immer

#### L3. Taubheit oder Kribbeln im Bein und/oder Fuss

- nie  
 selten  
 manchmal  
 häufig  
 meistens  
 immer

#### L4. Schwäche des Beins und/oder des Fusses

- nie  
 selten  
 manchmal  
 häufig  
 meistens  
 immer

Wie sehr haben Sie diese Beschwerden in der letzten Woche gestört? Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

#### L5. Rückenschmerzen oder Gesäßschmerzen

- überhaupt nicht  
 gering  
 etwas  
 mässig  
 sehr  
 extrem

#### L6. Schmerzen im Bein

- überhaupt nicht  
 gering  
 etwas  
 mässig  
 sehr  
 extrem

#### L7. Taubheit oder Kribbeln im Bein und/oder Fuss

- überhaupt nicht  
 gering  
 etwas  
 mässig  
 sehr  
 extrem

#### L8. Schwäche des Beins und/oder des Fusses

- überhaupt nicht  
 gering  
 etwas  
 mässig  
 sehr  
 extrem

Wie sehr haben Schmerzen Sie in der letzten Woche bei folgenden Aktivitäten beeinträchtigt? Markieren Sie bitte die Aussage, die Ihre durchschnittliche Fähigkeit am Besten beschreibt.

#### L9. Sich anziehen können (in der letzten Woche)

- Ich kann mich ohne Schmerzen selbst anziehen  
 Ich kann mich selbst anziehen ohne Zunahme der Schmerzen  
 Ich kann mich selbst anziehen, aber die Schmerzen verstärken sich  
 Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit deutlichen Schmerzen  
 Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit starken Schmerzen  
 Wegen starker Schmerzen kann ich mich nicht selbst anziehen

#### L10. Heben (in der letzten Woche)

- Ich kann schwere Gegenstände ohne Schmerzen hochheben  
 Ich kann schwere Gegenstände hochheben, doch es ist schmerhaft  
 Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann schwere Gegenstände von einem Tisch hochheben  
 Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände von einem Tisch hochheben  
 Ich kann aufgrund der Schmerzen nur leichte Gegenstände hochheben  
 Wegen meiner Schmerzen kann ich nichts hochheben

Bitte füllen Sie die Rückseite aus!

Nur zum internen Gebrauch.  
 Nicht vom Scanner geladen.

Patienten-Nr./Studien-Nr.

Geschlecht  
 w / m

konstituiert sich wie folgt:

SS (SWISSpine) - Initialen Patient Name/Vorname - Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Beispiel Patient: Muster Alexander, geb. 10.04.1940 ergibt: SSMA10041940

Klinikcode

## L11. Gehen und Laufen (in der letzten Woche)

- Ich kann ohne Schmerzen laufen und gehen
- Ich kann problemlos gehen, aber Laufen ist schmerhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als eine Stunde zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu gehen
- Ich bin nicht in der Lage, mehr als ein paar Schritte auf einmal zu gehen

## L13. Stehen (in der letzten Woche)

- Ich kann solange stehen wie ich will
- Ich kann solange stehen wie ich will, aber es ist schmerhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1 Std. zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu stehen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht stehen

## L15. Soziales Leben (in der letzten Woche)

- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen stark
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit ein
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit stark ein
- Wegen meiner Schmerzen habe ich kein nennenswertes soziales Leben und keine nennenswerte Freizeit

## L17. Sexualleben (in der letzten Woche)

- Mein Sexualleben ist unverändert
- Mein Sexualleben ist unverändert, jedoch ist es für mich schmerhaft
- Mein Sexualleben ist nahezu unverändert, jedoch ist es für mich sehr schmerhaft
- Mein Sexualleben ist durch meine Schmerzen stark eingeschränkt
- Mein Sexualleben ist durch meine Schmerzen fast völlig zum Erliegen gekommen
- Schmerzen halten mich von jeglichem Sexualleben ab

## L12. Sitzen (in der letzten Woche)

- Ich kann in jedem Stuhl sitzen, solange ich will
- ich kann solange sitzen wie ich will, wenn ich mich in einen besonderen Stuhl setze
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als eine Stunde zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu sitzen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht sitzen

## L14. Schlafen (in der letzten Woche)

- Ich schlafe gut
- Schmerzen lassen mich gelegentlich aufwachen
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf ungefähr jede zweite Nacht
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf häufig
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf jede Nacht
- Ich schlafe überhaupt nie gut

## L16. Unterwegssein u. Reisen (in der letzten Woche)

- Ich kann mich überallhin bewegen
- Ich kann mich überallhin bewegen, jedoch vermehrt es meine Schmerzen
- Die Schmerzen sind erheblich, jedoch kann ich mehr als zwei Stunden unterwegs sein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als eine Stunde ein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als 30 Minuten ein
- Wegen Schmerzen kann ich überhaupt nicht unterwegs sein

## Visuelle Analogskala (VAS) zu den Schmerzen

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht. Wir bitten Sie zwischen RÜCKEN- und BEINSCHMERZEN zu unterscheiden.

### Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen (in der letzten Woche)



### Wie stark waren Ihre Bein-/Gesäßschmerzen (in der letzten Woche)



### Patientenzufriedenheit (Nur auszufüllen beim Nachkontrollzeitpunkt)

- sicher ja
- wahrscheinlich ja
- nicht sicher
- wahrscheinlich nein
- sicher nein

Würden Sie die gleiche Operation bei gleichem Ergebnis wieder durchführen lassen?