

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 HALS-, SCHULTER- und NACKENREGION. Sämtliche Fragen sollen Auskunft geben darüber, wie Sie sich in der letzten Woche fühlten.

Untersuchungsdatum

Tag	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="40"/>	<input type="text" value="50"/>	<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="70"/>	<input type="text" value="80"/>	<input type="text" value="90"/>	<input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="110"/>	<input type="text" value="120"/>	<input type="text" value="130"/>	<input type="text" value="140"/>	<input type="text" value="150"/>	<input type="text" value="160"/>	<input type="text" value="170"/>	<input type="text" value="180"/>	<input type="text" value="190"/>	<input type="text" value="200"/>	<input type="text" value="210"/>	<input type="text" value="220"/>	<input type="text" value="230"/>	<input type="text" value="240"/>	<input type="text" value="250"/>	<input type="text" value="260"/>	<input type="text" value="270"/>	<input type="text" value="280"/>	<input type="text" value="290"/>	<input type="text" value="300"/>	<input type="text" value="310"/>
Monat	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="40"/>	<input type="text" value="50"/>	<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="70"/>	<input type="text" value="80"/>	<input type="text" value="90"/>	<input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="110"/>	<input type="text" value="120"/>	<input type="text" value="130"/>	<input type="text" value="140"/>	<input type="text" value="150"/>	<input type="text" value="160"/>	<input type="text" value="170"/>	<input type="text" value="180"/>	<input type="text" value="190"/>	<input type="text" value="200"/>	<input type="text" value="210"/>	<input type="text" value="220"/>	<input type="text" value="230"/>	<input type="text" value="240"/>	<input type="text" value="250"/>	<input type="text" value="260"/>	<input type="text" value="270"/>	<input type="text" value="280"/>	<input type="text" value="290"/>	<input type="text" value="300"/>	<input type="text" value="310"/>

Jahr

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 Hals-, Schulter-, Nacken-Region gelitten? Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

**C1.
Nackenschmerzen**

- nie
 selten
 manchmal
 häufig
 meistens
 immer

**C2.
Schmerzen im Arm**

- nie
 selten
 manchmal
 häufig
 meistens
 immer

**C3.
Taubheit oder Kribbeln
im Arm und/oder der Hand**

- nie
 selten
 manchmal
 häufig
 meistens
 immer

**C4.
Schwäche des Armes
und/oder der Hand**

- 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.

**C5.
Nackenschmerzen**

- überhaupt nicht
 gering
 etwas
 mäßig
 sehr
 extrem

**C6.
Schmerzen im Arm**

- überhaupt nicht
 gering
 etwas
 mäßig
 sehr
 extrem

**C7.
Taubheit oder Kribbeln
im Arm und/oder der Hand**

- überhaupt nicht
 gering
 etwas
 mäßig
 sehr
 extrem

**C8.
Schwäche des Armes
und/oder der Hand**

- 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.

C9. 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

C10. 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 gelesen.

Patienten-Nr./Studien-Nr.

Geschlecht
w / m

konstituiert sich wie folgt:
SS (SWISSSpine) - Initialen Patient Name/Vorname - Geburtsdatum (TTMMJJJJ)
Beispiel Patient: Muster Alexander, geb. 10.04.1940 ergibt: SSMA10041940

Klinikcode

C11. 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

C13. 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

C15. 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

C17. 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

C12. 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

C14. 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

C16. Unterwegsseine 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 Unterwegsseine auf weniger als eine Stunde ein
 Schmerzen schränken mein Unterwegsseine auf weniger als 30 Minuten ein
 Wegen Schmerzen kann ich überhaupt nicht unterwegs sein

C18. Werden Ihre Beine steif wenn Sie gehen?

- niemals manchmal meistens
 selten häufig immer

C19. Zittern Ihre Beine, wenn Sie gehen?

- niemals manchmal meistens
 selten häufig immer

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 NACKEN- und ARMSCHMERZEN zu unterscheiden.

Wie stark waren Ihre Nackenschmerzen (in der letzten Woche)**Wie stark waren Ihre Arm-/Schulterschmerzen (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?