

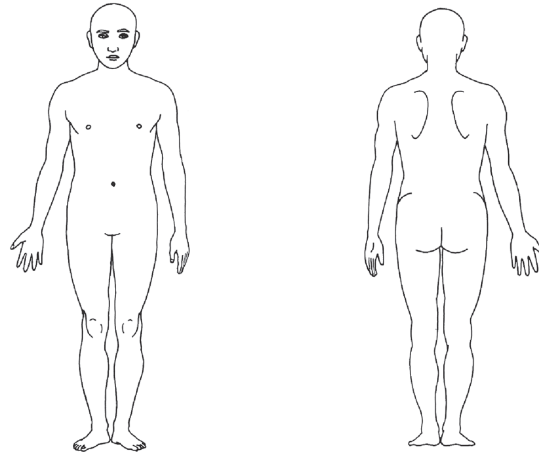
## Fragebogen für Wirbelsäulenpatienten

**Patientenaufkleber**

### Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte kennzeichnen Sie in der Abbildung Ihren Hauptschmerzsbereich mit X

(weitere Schmerzbereiche bitte mit O markieren.)



Seit wann haben Sie diese Beschwerden (ca.)?

---

Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 sind (bitte ankreuzen)

	leichter Schmerz		mittlerer Schmerz		starker Schmerz		sehr starker Schmerz		stärkster vorstellbarer Schmerz	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
In Ruhe (Liegen)										
Unter Belastung (Gehen)										

Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt?

Krankengymnastik     Spritzen     stationärer Aufenthalt     sonstige

Wurden Sie bereits an der Wirbelsäule operiert?     Ja     nein

Nehmen Sie wegen Ihrer Wirbelsäulenbeschwerden regelmäßig (täglich) Schmerzmittel ein?     Ja     nein

Welche chronischen Erkrankungen liegen bei Ihnen vor? \_\_\_\_\_  psychische Erkrankungen u.a.

Sonstige Operationen? (außer Wirbelsäule): \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?     Nein     Ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (ASS, Marcumar)?     Ja     Nein

Allergien / Unverträglichkeiten (insbesondere Medikamente)?     Nein     Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?     Ja     Nein     Wenn ja, wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

Stuhlgang     Normal    Wasserlassen     Normal

Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

Rentner:     Ja     Nein

Antrag auf Erwerbsunfähigkeit (ja/nein)