

# Patientenfragenbogen - Brust-/Lendenwirbelsäule

**Name:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beantworten Sie uns im Vorfeld des ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung die folgenden Fragen.

Haben Sie Schmerzen im Rücken?

nein

ja

Schmerzstärke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Haben Sie Schmerzen in den Beinen?

**LINKS** nein

ja

Schmerzstärke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**RECHTS** nein

ja

Schmerzstärke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Können Sie den Charakter der Schmerzen beschreiben?

dumpf

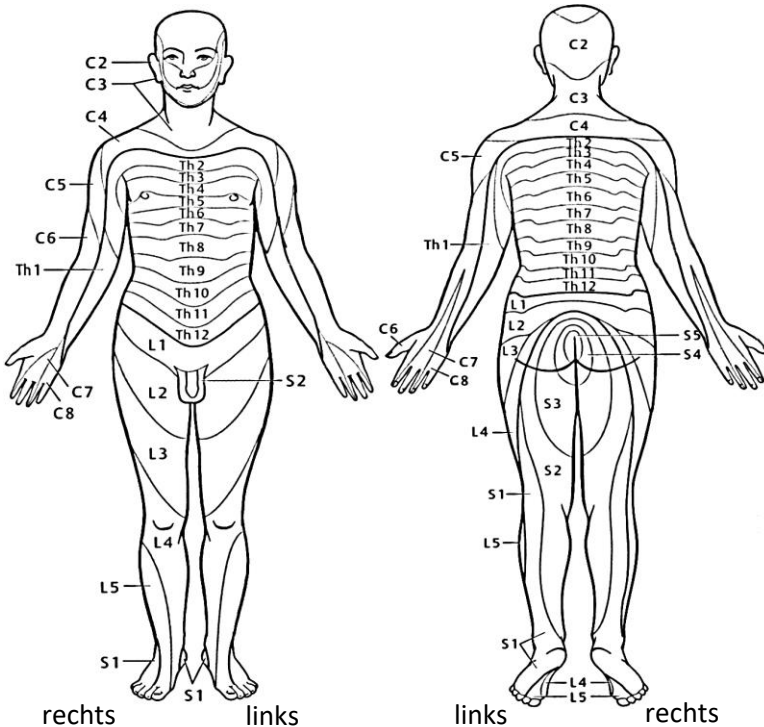
stechend

elektrisierend

brennend

sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie in diesem Bild ein, wo genau Ihre Schmerzen sind.



bitte wenden

Wann verschlimmern sich die Schmerzen?

im Liegen  im Sitzen  im Stehen  beim Laufen  beim Bücken  beim Husten

Wie weit können Sie ca. schmerzfrei gehen, bis Sie eine Pause machen müssen? \_\_\_\_\_ Meter

Ist es für Sie günstig, wenn Sie sich bei der Pause hinsetzen? Nein  Ja

Zu welcher Tageszeit sind die Schmerzen am schlimmsten?

morgens nach dem Aufstehen  über den Tag verteilt  abends

Wie häufig müssen wegen der Schmerzen Schmerzmedikamente einnehmen?

nie  2-3mal/Woche nach Bedarf  täglich bei Bedarf  regelmäßig nach Plan

Wie lange haben Sie Ihre Schmerzen schon? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen ein Schwächegefühl oder eine Lähmung des Beines oder Fußes aufgefallen?

nein  ja  seit wann? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen ein Taubheitsgefühl oder ein Kribbeln im Bein oder Fuß aufgefallen?

nein  ja  seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Blasenstörungen aufgefallen?

nein  ja  seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Störungen beim Stuhlgang aufgefallen?

nein  ja  seit wann? \_\_\_\_\_

Welche Therapien wurden bislang durchgeführt?

- keine
- Krankengymnastik/Physiotherapie
- Fango/Massage
- Akupunktur
- Infiltrationen („Spritzen“)   $\Longrightarrow$  PRT („Wurzelblockade“)
- Fazetten (Gelenke)
- stationäre Schmerztherapie
- Operationen  welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie in spezieller schmerztherapeutischer Behandlung? nein  ja