

# Patienten-Fragebogen



Liebe Patientinnen und Patienten,  
 wir begrüßen Sie herzlich in unserer neurochirurgischen Praxis.  
 Damit wir Ihnen bestmöglichst helfen können, benötigen wir  
 einige Angaben. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus  
 und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit.  
 Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Leitung Wirbelsäulenzentrum:

Christoph P. Schede  
 Facharzt für Neurochirurgie  
 An der Rosenhöhe 31  
 33647 Bielefeld

Telefon 0521 9875700  
 Fax 0521 98758517  
 E-Mail info@wsz-bielefeld.de  
 Internet wsz-bielefeld.de

Name:	Vorname:
geb. am:	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein (z.B. Marcumar, Plavix)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sonst regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
_____		
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Magen- Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Blutkrankheit oder Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Aids)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
_____		
Leiden Sie unter Allergien (z. B. Pflaster, Arzneimittel, Jod, Latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
_____		
Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Für unsere weiblichen Patienten:</u>		
Besteht eine Schwangerschaft o. Verdacht auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie an:	[0] keine Schmerzen [10] schlimmstmöglicher Schmerz
Schmerzstärke in diesem Moment	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Stärkster Schmerz in den letzten Wochen/Monaten	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?	
Wann treten Ihre Beschwerden am stärksten auf?	
morgens <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nach Belastung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/>	

Markieren Sie bitte das Gebiet, in dem Sie Schmerzen verspüren. Geben Sie alle betroffenen Bereiche an. Markieren Sie wie folgt:

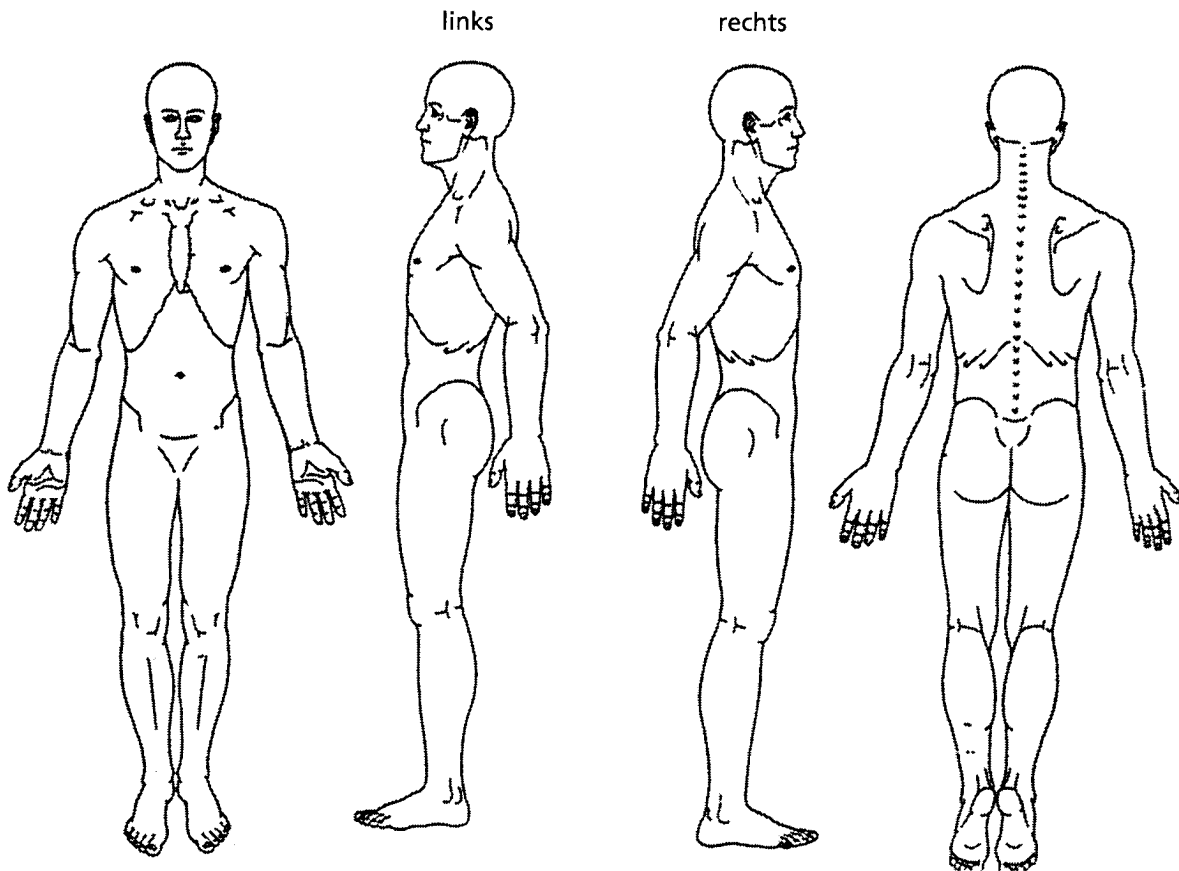
=== Taubheit, Einschlafgefühl

000 Ameisenlaufen, Nadeln

///  
Stechen wie Messer

XXX Brennen

### Krämpfe



Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Kreuzen Sie in jedem Fall das an, das Ihrer Situation am ehesten entspricht, aber nur eine Antwort pro Frage.

### Schmerzen

- ich kann meine Schmerzen ohne Schmerzmittel tolerieren
- ich habe starke Rückenschmerzen aber ich komme ohne Schmerzmittel aus
- mit Schmerzmitteln sind meine Schmerzen vollständig weg
- Schmerzmittel lindern meine Schmerzen erheblich
- Schmerzmittel lindern meine Schmerzen nur wenig
- ich nehme keine Schmerzmittel da sie keine Wirkung zeigen

### Körperpflege / Ankleiden

- ich kann mich uneingeschränkt versorgen und pflegen ohne zusätzliche Probleme/Schmerzen
- ich kann mich selbst versorgen, aber es bereitet zusätzliche Schmerzen
- ich habe wegen der Schmerzen Mühe mich zu versorgen, ich bin vorsichtig
- ich brauche gewisse Hilfe um mich zu versorgen
- ich brauche täglich Hilfe für die meisten persönlichen Verrichtungen
- ich kann mich nicht ankleiden, die Körperpflege ist mühsam und ich bin bettlägerig

### Heben von Gewichten

- ich kann schwere Lasten (mehr als 20kg) heben ohne zusätzliche Schmerzen
- ich kann schwere Gewichte heben, aber es schmerzt zusätzlich
- wegen der Schmerzen kann ich schwere Gegenstände nur heben, die günstig gelegen sind
- schwere Gewichte gehen nicht mehr, aber leichtere (10kg, wenn sie günstig gelegen sind)
- ich kann nur noch sehr leichte Gegenstände heben
- ich kann wegen der Schmerzen keinerlei Gewichte heben

### Laufen

- die Rückenschmerzen behindern meinen Aktionsradius nicht
- die Schmerzen hindern mich weiter als 1-2km zu gehen
- die Schmerzen hindern mich weiter als 500m zu gehen
- die Schmerzen hindern mich weiter als 100m zu gehen
- ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen
- ich bin fast immer bettlägerig und kann noch knapp auf die Toilette gehen

### Sitzen

- ich kann auf jedem Stuhl unbeschränkt lange sitzen ohne zusätzliche Schmerzen
- auf einem guten Stuhl kann ich unbeschränkt lange sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 30 Minuten sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich überhaupt nicht mehr sitzen

### Stehen

- ich kann stehen solange ich will ohne zusätzliche Schmerzen
- ich kann lange stehen (mehr als 1 Stunde), aber es macht zusätzliche Schmerzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde stehen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 30 Minuten stehen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten stehen
- wegen der Schmerzen kann ich überhaupt nicht mehr stehen

### Schlafen

- ich kann trotz Rückenschmerzen gut schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 6 Stunden schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 4 Stunden schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 2 Stunden schlafen
- wegen der Rückenschmerzen kann ich überhaupt nicht mehr richtig schlafen

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_