

FRAGEBOGEN NACKEN

Vorname / Name
Geburtsdatum
Strasse
PLZ / Ort
Tel. Nr. / Mobi
Email
Beruf
Hausarzt/Spezialist
Datum
FRAGEBOGEN / Bemerkungen
Haben Sie Beschwerden im Schulter- / Nackenbereich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie diese Beschwerden länger als 6 Wochen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kamen die Beschwerden spontan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Unfall gehabt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie beschreiben, was passiert ist?
Haben Sie früher im gleichen Bereich auch schon Beschwerden gehabt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie beschreiben, seit wann Sie Beschwerden haben?
Beschreiben Sie, wie oft Sie Probleme haben? (täglich / wöchentlich / monatlich)
Was machen Sie beruflich?
Beeinflussen die Beschwerden Ihre Arbeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

FRAGEBOGEN NACKEN

Können Sie die Intensität Ihrer Beschwerden angeben?

Schmerzskala

völlig beschwerdefrei

unerträgliche Beschwerden

Was machen Sie, wenn Sie Beschwerden haben?

Tut das Ihnen gut?

Ja Nein kein Unterschied

Haben Sie durch ihre Beschwerden mehr Kopfschmerzen?

Ja Nein

Wenn Sie mehr Kopfschmerzen haben, können Sie beschreiben, wo Sie diese spüren?

Haben Sie Probleme beim Schlucken?

Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Husten und / oder Niesen?

Ja Nein

Wenn Sie die Arme bewegen, verstärken sich die Schmerzen?

Ja Nein

Welche Armbewegungen verstärken die Schmerzen im Besonderen?

Wenn Sie den Kopf bewegen, verstärken sich die Schmerzen?

Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Schlafen?

Ja Nein

Wie schlafen Sie bevorzugt?

Rückenlage Bauchlage
 seitlich rechts seitlich links

Schieben Sie Ihr Kinn so weit wie möglich nach vorne weg - verursacht diese Bewegung Schmerzen?

Ja Nein

Wo treten diese Beschwerden stärker auf?

Links Rechts beide gleich stark

Ziehen Sie Ihr Kinn soweit es geht ein, versuchen Sie ein Doppelkinn zu machen. Verursacht diese Bewegung Schmerzen?

Ja Nein

Wo treten diese Beschwerden stärker auf?

Links Rechts beide gleich stark

Haben Sie Sensibilitäts- / Gefühlstörungen in den Händen?

Ja Nein

FRAGEBOGEN NACKEN

Können Sie genau beschreiben, wo Sie diese spüren?
Haben Sie einen Kraftverlust in einem oder in beiden Armen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welcher Arm? <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts
Haben Sie Beschwerden zwischen den Schulterblättern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie beschreiben, wie lange Sie in einer Position sitzen oder stehen bleiben können?
Nehmen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Haben Sie schon mal ein Röntgenbild oder MRI machen lassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie schon einmal in irgendeiner Therapie wegen Ihren Beschwerden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihnen diese gut getan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> kein Unterschied
Können Sie beschreiben, was Ihnen nicht gut getan hat?
Haben Sie noch Bemerkungen?