

## FRAGEBOGEN „unterer Rücken“

Vorname / Name
Geburtsdatum
Strasse
PLZ / Ort
Tel. Nr. / Mobi
Email
Beruf
Hausarzt/Spezialist
Datum
<b>FRAGEBOGEN / Bemerkungen</b>
Haben Sie Beschwerden im unteren Rückenbereich? <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 die Art und Qualität Ihre Schmerzen beschreiben?
Haben Sie früher im gleichen Bereich auch 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 „unterer Rücken“

<p>Können Sie die Intensität Ihre Schmerzen angeben?</p> <p><b>Schmerzskala</b></p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>völlig beschwerdefrei</p> <p>unerträgliche Beschwerden</p> </div> </div>
<p>Sind Ihre Beschwerden lokal unten im Rücken</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Spüren Sie die Beschwerden auch in den Beinen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Was machen Sie, wenn Sie Beschwerden haben?</p>
<p>Tut das Ihnen gut?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> kein unterschied</p>
<p>Haben Sie Probleme beim Husten und/oder Niesen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Haben Sie Problemen mit schlafen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Drehen - Rotieren Sie von links nach rechts und von rechts nach links. Haben Sie das Gefühl, dass die Beweglichkeit gleich ist?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Haben Sie bei diesen Bewegungen auch Schmerzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Sind diese mehr?</p> <p><input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beide gleich stark</p>
<p>Seitwärts Beugung - Bewegen Sie Ihren Rücken von links nach rechts und von rechts nach links. Haben Sie das Gefühl, dass die Beweglichkeit gleich ist?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Spüren Sie bei diesen Bewegungen auch Schmerzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Sind diese mehr</p> <p><input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beide gleich stark</p>
<p>Beugung (Flexion) - Versuchen Sie sich so weit wie möglich nach vorne zu beugen – mit den Händen den Boden berühren. Haben Sie Beschwerden bei dieser Bewegung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Können Sie beschreiben, wo Sie diese spüren?</p>
<p>Streckung (Extension) - Machen Sie ein Hohlkreuz, so stark wie möglich. Haben Sie Beschwerden bei dieser Bewegung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Haben Sie Sensibilitätsstörungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

## FRAGEBOGEN „unterer Rücken“

Können Sie genau beschreiben, wo Sie diese spüren?
Haben Sie einen Kraftverlust in einem oder beiden Beinen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welches Bein? <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts
Haben Sie Probleme beim Laufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie beschreiben, wie lange können Sie in einer Position sitzen oder stehen können?
Nehmen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche? .....
Haben Sie einmal 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 dies gut getan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> kein unterschied
Können Sie beschreiben was Ihnen insbesondere gut getan hat?
Können Sie beschreiben was Ihnen nicht gut getan hat?
Haben Sie noch Bemerkungen?