

Implant: _____ / **Prozedur :** _____

Patientenfragebogen allgemein - lumbal

Preop / (6 Wochen) / 3 Monate / 6 Monate / 1 Jahr / ____ Jahre

Kursiv nur Preop

DEMOGRAPHIE – das füllt Pro-spine aus

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

| Day ____ | Month ____ | Year ____ |
TT MM YY

Albis-Patienten-N°

| ____ |

Datum dieser Untersuchung

| Day ____ | Month ____ | Year ____ |
TT MM YY

OP Datum (relevant für Prospine) war:

| Day ____ | Month ____ | Year ____ | (NB: können bei mehr Implantaten mehrere sein)
TT MM YY

EIGENANAMENSE – ab hier bitten wir Sie, liebe Patientin, lieber Patient. Sie wissen am besten, wie es Ihnen geht!

Lieber Patient, liebe Patientin,

Wir möchten Ihnen und allen unseren Patienten bestmöglich helfen! Dazu gehört eine umfassende Qualitätskontrolle. Auch mit den Mitteln der Statistik. So können wir auch über Jahre nach verfolgen und vergleichen, was wem am besten hilft.

Bitte füllen Sie daher diese Fragebögen aus. Wir wissen, dass die Fragen nicht immer Ihren Einzelfall gut treffen – dafür ist das persönliche Arztgespräch besser geeignet. Kreuzen Sie an, was am besten passt. Ggf. helfen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne.

Sie erhalten noch zwei weitere Bögen mit standardisierten Fragenkatalogen. Diese machen einen Vergleich auch auf internationaler Eben möglich.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. Bertagnoli

Dr. Fenk-Mayer

**Sie werden demnächst von uns operiert?
Dann beantworten Sie jetzt bitte diese Fragen:**

Allgemeine Gesundheit

- 1 Nichtraucher Zuckerkrankheit Bluthochdruck_
2 Raucher

Wenn Sie Nichtraucher sind:

- 1 ich habe früher geraucht
2 ich habe nie geraucht

Wie groß sind Sie?: ___m ___ cm
Wie schwer sind Sie ca? _____ kg

Ihre Telefonnummer ? _____

Haben sie eine emailadresse ? _____

Diese erleichtert den Kontakt zu ihnen erheblich

**Sie haben die Operation bereits hinter sich?
Dann beantworten sie jetzt bitte diese Fragen:**

Ich bin mit der Operation und ihrem Ergebnis

- 1 sehr zufrieden
2 zufrieden
3 unzufrieden

Würden Sie diese Operation wiederum durchführen lassen?

nein ja

ODI

Schmerzintensität

- Ich habe erträgliche Schmerzen und komme ohne Schmerzmittel aus.
- Ich habe starke Schmerzen, komme aber ohne Schmerzmittel aus.
- Mit Schmerzmitteln bin ich Schmerzfrei.
- Mit Schmerzmitteln habe ich mittelschwere Schmerzen.
- Schmerzmittel helfen mir kaum.
- Schmerzmittel helfen mir nicht und ich benutze sie nicht.

Körperpflege/ Selbstversorgung (waschen, anziehen usw.)

- Ich kann ohne zusätzliche Schmerzen normal für mich selbst sorgen.
- Ich kann für mich selbst sorgen, erleide dabei aber zusätzliche Schmerzen.
- Ich kann unter Schmerzen für mich selbst sorgen und muss langsam und vorsichtig vorgehen.
- Ich brauche etwas Hilfe, komme aber meistens allein zurecht.
- Ich brauche täglich Hilfe in vielen Bereichen meiner persönlichen Pflege.
- Ich kann mich nur mit Mühe waschen und anziehen und bleibe im Bett.

Heben

- Ich kann schwere Gegenstände ohne zusätzliche Schmerzen heben.
- Ich kann schwere Gegenstände heben, jedoch nur mit zusätzlichen Schmerzen.
- Ich kann wegen der Schmerzen keine schweren Gegenstände vom Boden aufheben, aber es geht mit Gegenständen die leicht zugänglich sind.
- Ich kann wegen der Schmerzen keine schweren Gegenstände heben, aber es geht mit leichten bis mittelschweren Gegenständen, die leicht zugänglich sind.
- Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

Gehen

- Schmerzen hindern mich nicht am Gehen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht weiter als 1,5 km gehen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht weiter als 1 km gehen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht weiter als 500 Meter gehen.
- Ich kann nur mit einem Stock oder Gehhilfen gehen.
- Ich bin meistens im Bett und kann nur mit größter Mühe zur Toilette.

Sitzen

- Ich kann auf jedem Stuhl sitzen , solange ich will.
- Ich kann nur auf meinem Lieblingsstuhl sitzen, solange ich will.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde sitzen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 1/2 Stunde sitzen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten sitzen.
- Ich kann vor Schmerzen überhaupt nicht sitzen.

Stehen

- Ich kann ohne zusätzliche Schmerzen so lange stehen, wie ich will.
- Ich kann so lange stehen wie ich will, aber nur mit zusätzlichen Schmerzen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde stehen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 1/2 Stunde stehen..
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten stehen.
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht stehen..

Schlafen

- Schmerzen hindern mich nicht an gutem Schlaf.
- Ich kann nur mit Medikamenten gut schlafen.
- Selbst mit Medikamenten schlafe ich weniger als 6 Stunden.
- Selbst mit Medikamenten schlafe ich weniger als 4 Stunden.
- Selbst mit Medikamenten schlafe ich weniger als 2 Stunden.
- Ich kann vor Schmerzen überhaupt nicht schlafen..

Sexualleben

- Mein Sexualleben ist normal und bereitet mir keine zusätzlichen Schmerzen.
- Mein Sexualleben ist normal, bereitet mir jedoch zusätzliche Schmerzen.
- Mein Sexualleben ist fast normal, bereitet mir jedoch starke Schmerzen.
- Mein Sexualleben ist stark eingeschränkt durch die Schmerzen.
- Mein Sexualleben ist wegen der Schmerzen so gut wie nicht vorhanden.
- Ich habe vor Schmerzen überhaupt kein Sexualleben

Privatleben

- Ich kann privaten Aktivitäten normal und ohne Schmerzen nachgehen.
- Ich kann privaten Aktivitäten normal, jedoch nur unter zusätzlichen Schmerzen nachgehen.
- Schmerzen haben im allgemeinen keinen großen Einfluss auf mein Privatleben, hindern mich jedoch an körperlichen Aktivitäten, wie z. B. tanzen etc.
- Meine privaten Aktivitäten sind wegen der Schmerzen eingeschränkt, ich gehe weniger oft aus.
- Meine privaten Aktivitäten sind wegen der Schmerzen auf mein Zuhause beschränkt.
- Ich kann wegen der Schmerzen überhaupt keine privaten Aktivitäten nachgehen.

Fahren

- Ich kann ohne Schmerzen überall hinfahren.
- Ich kann überall hinfahren, aber nur mit zusätzlichen Schmerzen.
- Ich habe starke Schmerzen, kann aber länger als 2 Stunden fahren.
- Wegen meiner Schmerzen, kann ich nicht länger als 1 Stunde fahren.
- Wegen meiner Schmerzen, kann ich nur die nötigsten kurzen Fahrten unter eine 1/2 Stunde unternehmen.
- Vor Schmerzen fahre ich nirgendwo hin, außer zum Arzt oder ins Krankenhaus.

SF 36

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- viel besser
- besser
- gleich
- schlechter
- viel schlechter

3. Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. mehrere Stockwerke steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ein Stockwerk steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei der Durchführung anderer Tätigkeiten (z.B. ich musste mich besonders anstrengen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

- überhaupt nicht
- etwas
- mäßig
- ziemlich
- sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- ich hatte keine Schmerzen
- sehr leicht
- leicht
- mäßig
- stark
- sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- überhaupt nicht
- etwas
- mäßig
- ziemlich
- sehr

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	Selten	nie
a. ... voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... voller Erfolg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ... glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ... müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt ?

- immer
- meistens
- manchmal
- selten
- nie

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich erwarte, daß sich meine Gesundheit verschlechtert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich erfreue mich ausgezeichnete(r) Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!