



SCHMERZFRAGEBOGEN FÜR DIE LENDENWIRBELSÄULE

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Versicherungsstatus
(TK, DAK, BEK, Debeka, BKK etc.): _____

ALLGEMEINE FRAGEN:

1. Wie stark ist der Schmerz?
(0=kein Schmerz, 10=höchster Schmerz)

Jetzt im Augenblick (0-10):

Maximal im letzten Vierteljahr (0-10):

Durchschnittlich im letzten Vierteljahr:

Wie stark ist ein Schmerz, den Sie auf Dauer ertragen können?
(0=keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen)



2. Wo haben Sie zur Zeit Schmerzen?

Bitte malen Sie ein Bild von Ihren Schmerzen so wie Sie sie spüren. Markieren Sie die Stelle mit dem stärksten Schmerz zusätzlich durch eine 1.

3. Wechselt die Stärke des Schmerzes?

- Nie (immer gleiche Schmerzen)
- Gelegentlich (mal starke, mal geringe Schmerzen)

4. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- 1malig, dann vorübergehend
- unregelmäßig wiederkehren
- regelmäßig wiederkehrend
- anfallartig, plötzlich, überraschend
- einmalig täglich
- mehrmals täglich
- (fast) ununterbrochen, aber wechselnd in der Stärke
- (fast) ununterbrochen, ohne jede Schwankungen

anders als hier aufgeführt: _____

Machen Sie bitte auf der Linie ein Kreuz (x) so wie es für Sie zutrifft:

Ich habe
nie Schmerzen _____

Ich habe dauernd,
ohne Unterbrechung
Schmerzen.

5. Wann sind die Schmerzen am stärksten?

- Frühmorgens vor dem Aufstehen
- Morgens beim Aufstehen
- Im Laufe des Tages
- Nachmittags
- Abends
- Nachts
- Ständig

Ich werde von den Schmerzen wach: _____

Die Schmerzen sind unabhängig von der Tageszeit: _____



6. Was verstärkt oder lindert Ihre Schmerzen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, so wie es allein für den Hauptschmerz zutrifft)

| | verstärkt den Schmerz | hat keinen Einfluss auf den Schmerzen | lindert Schmerz |
|---------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruhe, Liegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umherlaufen, Bewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An-/Einlaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperliche Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmte Bewegungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopf drehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten, Niesen, Pressen, Lachen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich zusammenkauern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zimmer verdunkeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Druck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Massieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leichte Berührung, Streicheln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erschütterung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hunger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wärme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entspannen, warmes Bad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmte Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmte Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stress und Ärger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wochenende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urlaub | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sexuelle Aktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ablenkung mit angenehmen Dingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmte Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kauen und Schlucken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen: stimmt genau stimmt nicht



EXPLIZITER FRAGEBOGEN BETREFFEND DER LENDENWIRBELSÄULE (LWS)

1. Wie lange haben Sie Ihre Schmerzen? _____

2. Haben Sie einen Unfall erlitten?

nein

ja

Wenn ja, wann? _____

3. Lokalisieren Sie den Hauptschmerz.

4. Wohin strahlt der Schmerz?

Er bleibt vor Ort

In die Gesäßhälfte/-hälften

In die Leiste

Innenseite des Kniegelenkes

Außenseite der Kniescheibe

Innenseite des Unterschenkels

Vorderer äußerer Unterschenkel

Grosszehe links

Grosszehe rechts

Grosszehe beidseitig

Seitlicher hinterer/oberer Unterschenkel

Ferse

Kleinzehe links

Kleinzehe rechts

Kleinzehe beidseitig

5. Verspüren Sie ein Taubheitsgefühl, Gefühlsstörungen und/oder Kribbeln?

ja nein

6. Sackt das Bein manchmal weg?

ja nein

7. Ist bei Ihnen eine Seitverbiegung der Wirbelsäule bekannt (Skoliose)?

ja nein



8. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

- Krankengymnastik in Eigenregie
- Übungen in Eigenregie
- Chirotherapie (Einrenken)
- Spritzen
- Neuraltherapie (Quaddeln)
- Infusionen
- Physikalische Therapie (z.B. Wärme, Kälte, Strom etc.)
- Krankengymnastik
- Krankengymnastik am Gerät
- Manuelle Therapie
- Osteopathie
- Hilfsmittelversorgung (z.B. Bandage etc.)
- Akupunktur
- Gymnastik zu Hause
- Rückenschule
- Reha-Sport
- Kur
- Sonstiges (bitte genau beschreiben)

Medikamente

| | | | |
|----|------|------------------|--|
| ja | nein | Wenn ja, welche: | Ibuprofen |
| | | | Diclofenac (z.B. Voltaren) |
| | | | Novalgin |
| | | | Morphiumhaltige Medikamente |
| | | | Entspannende Medikamente (z.B. Mydocalm) |
| | | | Kortison |
| | | | Andere Schmerzmittel |

9. Liegen Röntgenbilder vor?

ja nein Wenn ja, wie alt sind diese: _____
(alle Röntgenbilder unter 1. Jahr bitte mit Befundbericht mitbringen)?

10. Wurde ein CT und/oder MRT durchgeführt?

ja nein Wenn ja, wann: _____
(unter einem Jahr bitte den Befundbericht und Bilder mitbringen!)?

11. Sind Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert worden?

ja nein Wenn ja, wo, wann, durch wen und wie oft: _____

12. Wurde bei Ihnen schon mal eine Schmerztherapie durch einen Schmerztherapeuten durchgeführt?

ja nein



13. Ist bei Ihnen ein Wirbelkörperbruch bekannt?

ja nein

14. Wurde bei Ihnen schon mal eine Osteoporosediagnostik in Form z.B. einer DXA Messung durchgeführt?

ja nein

Vielen Dank für die ausführliche und genaue Beantwortung des Fragebogens im Sinne Ihrer Gesundheit und zur Optimierung der Diagnostik und Therapie auf schulmedizinischer und naturheilkundlicher Basis in unserer Praxis.

Weitere Fragen werden wir in einem persönlichen Gespräch ausführlich mit Ihnen erörtern.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Dr. med. Peter Weih samt Praxisteam!