

Fragebogen zu Rückenschmerzen

Bitte kreuzen Sie in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die Sie heute am besten beschreibt. Jede Antwort ist mit einer Zahl versehen. Addieren Sie die Werte der Antworten zu einem Gesamtwert. Diesen Gesamtwert multiplizieren Sie mit zwei. Das Ergebnis zeigt Ihnen dann die Stufe Ihrer Funktionseinschränkung.

Schmerzstärke	
<input type="checkbox"/>	(0) Ich habe momentan keine Schmerzen.
<input type="checkbox"/>	(1) Die Schmerzen sind momentan sehr schwach.
<input type="checkbox"/>	(2) Die Schmerzen sind momentan mäßig.
<input type="checkbox"/>	(3) Die Schmerzen sind momentan ziemlich stark.
<input type="checkbox"/>	(4) Die Schmerzen sind momentan sehr stark.
<input type="checkbox"/>	(5) Die Schmerzen sind momentan so schlimm wie nur vorstellbar.
Körperpflege (Waschen, Anziehen, etc.)	
<input type="checkbox"/>	(0) Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
<input type="checkbox"/>	(1) Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
<input type="checkbox"/>	(2) Meine Körperpflege normal durchzuführen ist schmerzhaft und ich bin langsam und vorsichtig.
<input type="checkbox"/>	(3) Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige das meiste aber selbst.
<input type="checkbox"/>	(4) Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten der Körperpflege.
<input type="checkbox"/>	(5) Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.
Heben	
<input type="checkbox"/>	(0) Ich kann schwere Gegenstände - ohne stärkere Schmerzen - heben.
<input type="checkbox"/>	(1) Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
<input type="checkbox"/>	(2) Ich kann schwere Gegenstände heben, aber es ist schmerzhaft.
<input type="checkbox"/>	(3) Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber es geht, wenn sie geeignet stehen (z.B. auf einem Tisch)
<input type="checkbox"/>	(4) Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
<input type="checkbox"/>	(5) Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.
Gehen	
<input type="checkbox"/>	(0) Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
<input type="checkbox"/>	(1) Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 Km zu gehen.
<input type="checkbox"/>	(2) Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0,5 Km zu gehen.
<input type="checkbox"/>	(3) Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
<input type="checkbox"/>	(4) Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
<input type="checkbox"/>	(5) Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.
Sitzen	
<input type="checkbox"/>	(0) Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
<input type="checkbox"/>	(1) Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
<input type="checkbox"/>	(2) Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
<input type="checkbox"/>	(3) Schmerzen hindern mich daran, länger als 30 Minuten zu sitzen.
<input type="checkbox"/>	(4) Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
<input type="checkbox"/>	(5) Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.

Stehen	
	(0) Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
	(1) Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	(2) Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
	(3) Schmerzen hindern mich daran, länger als 30 Minuten zu stehen.
	(4) Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
	(5) Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.
Schlafen	
	(0) Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
	(1) Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
	(2) Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
	(3) Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
	(4) Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
	(5) Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.
Sexualleben	
	(0) Mein Sexualleben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
	(1) Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	(2) Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
	(3) Mein Sexualleben ist durch starke Schmerzen stark eingeschränkt.
	(4) Ich habe aufgrund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
	(5) Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.
Sozialleben	
	(0) Mein Sozialleben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
	(1) Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	(2) Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, außer dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport einschränken.
	(3) Schmerzen schränken mein Sozialleben ein und ich gehe nicht mehr so oft raus.
	(4) Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
	(5) Ich habe aufgrund von Schmerzen kein Sozialleben.
Reisen	
	(0) Ich kann überall hinreisen und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
	(1) Ich kann überall hinreisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	(2) Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
	(3) Ich kann aufgrund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
	(4) Ich kann aufgrund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
	(5) Schmerzen lindern mich daran, Fahrten zu machen, außer zur medizinischen Behandlung.

Gesamtwert: _____ x 2 = _____ %

Einteilung

Die Werte werden in 5 Stufen eingeteilt:

- 0 - 20%: minimale Funktionseinschränkung
- 21 - 40%: moderate Funktionseinschränkung
- 41 - 60%: starke Funktionseinschränkung
- 61 - 80%: sehr starke Funktionseinschränkung
- 81 - 100%: pflegebedürftig (bettlägerig) oder psychosozial überlagert