

Fragebogen

Rückenschmerz-Fragebogen

für Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

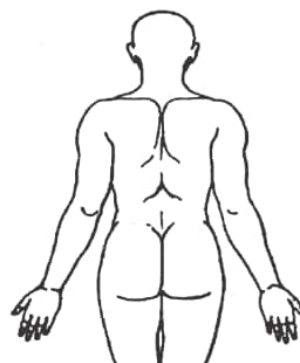
wir möchten Sie bitten, uns bei Ihrer Behandlung zu unterstützen. Wiederholt auftretende Rückenschmerzen können verschiedenste Ursachen haben. Füllen Sie uns bitte diesen Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen bestmöglich und gezielt helfen können.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Bitte beschreiben Sie den Rückenschmerz:

- ☐ Schmerzen ausschließlich im Rückenbereich
- ☐ Ausstrahlung in Oberschenkel
- ☐ Ausstrahlung bis in Unterschenkel
- ☐ Ausstrahlung in die Schultern/Nacken/Arm
- ☐ erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit
- ☐ Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit
- ☐ oder (kurz in eigenen Worten): _____

Bitte zeichnen Sie hier die Schmerzzone ein:



Auslöser der Rückenschmerzen:

- ☐ schwer gehoben
- ☐ Stress
- ☐ Rückenbelastende Arbeit
- ☐ Sturz
- ☐ andere, nämlich: _____

Seit wann haben Sie die Rückenschmerzen?

Stunden _____ Tage _____ Wochen _____ Jahre _____

Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Monate) haben Sie Rückenschmerzen? _____

Sind Sie zwischen den Rückenschmerzphasen komplett schmerzfrei? ☐ Ja ☐ Nein

Wie stark sind Ihre Rückenschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0–10?

0 Kästchen = kein Schmerz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 Kästchen = stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie stark ist Ihre körperliche Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr stark

Wieviel Tage waren Sie aufgrund der Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig? _____

Zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit (Stunden/Woche): _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz? Sehr zufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Gar nicht zufrieden

Treten Lähmungen/Gefühlsstörungen auf?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar im: _____

Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Rücken durchgeführt?

	Wann?	Ergebnis:	
☐ Computertomographie (CT)	_____	☐ Unauffällig	☐ Auffällig
☐ Kernspintomographie (MRT)	_____	☐ Unauffällig	☐ Auffällig
☐ Röntgen	_____	☐ Unauffällig	☐ Auffällig

Welche Medikamente nehmen Sie gegen die Rückenschmerzen?

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel ein?

☐ weniger als 5

☐ 6-10

☐ 10-15

☐ mehr als 15

Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie (anderer Erkrankungen) eingenommen?

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Haben Sie andere Behandlungen wegen der Rückenschmerzen erhalten (z. B. Akupunktur; Krankengymnastik)?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?

☐ Ja

☐ Nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

☐ Ja

☐ Nein

Waren Sie wegen der Rückenschmerzen schon bei einem Spezialisten (Orthopäde; Neurochirurg)?

☐ Nein

☐ Ja, bei:

Bemerkungen:

.....

Datum

Unterschrift des Patienten

Originalquelle: Dieser Fragebogen wurde von uns als Mitglied im Deutschen Hausärztinnen- & Hausärzteverband im Downloadbereich des Institut für Hausärztliche Fortbildung unter <https://www.ihf-fobi.de/downloads> heruntergeladen und grafisch an unsere Praxis angepasst. Der Inhalt wurde nicht verändert. // © Dr. Hans-Michael Mühlenfeld, 1/2020