

## Fragebogen Rückenschmerzen

1. Name

2. Alter

3. Körpergewicht

4. Körpergröße

5. Rauchen Sie? Ja  Nein

6. Auf welche Ursachen führen Ihre Rückenschmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Für mich ist keine Ursache erkennbar

Auf eine Bestimmte Krankheit wenn ja, welche?

Auf einer Operation wenn ja, welche?

Auf einen Unfall wenn ja, welchen?

Auf körperliche Belastung

Auf seelische Belastung

Auf eine andere Ursache wenn ja, welche?

7. Bitte markieren Sie im Folgenden, welche der aufgeführten Nahrungsmittel Sie regelmäßig, mehrmals in der Woche zu sich nehmen.

Gemüse

Salat

Obst

Hülsenfrüchte (z.B. Erbsen, Bohnen etc.)

Fisch

Geflügel

Pflanzliche Öle

Nüsse

Vollkornprodukte

Eier

Milchprodukte (z.B. Quark, Joghurt)

Anmerkungen

8. Bitte geben Sie im Folgenden an, wie viel Sie sich bewegen.

→ **Anstrengende Aktivitäten** bezeichnen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal

→ **Moderate Aktivitäten bezeichnen** Aktivitäten mit moderater körperlicher Anstrengung bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal

- Denken sie nur an die körperlichen Aktivitäten die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie anstrengende körperliche Aktivitäten wie Aerobic, Laufen, schnelles Fahrradfahren oder schnelles Schwimmen verrichtet?

Tage pro Woche

Keine anstrengende Aktivität

Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit anstrengender körperlicher Aktivität verbracht?

Stunden pro Tag

Minuten pro Tag

- Denken Sie erneut nur an die körperlichen Aktivitäten die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben sie moderate körperliche Aktivitäten, wie das Tragen leichter Lasten, Fahrradfahren bei gewöhnlicher Geschwindigkeit oder Schwimmen bei gewöhnlicher Geschwindigkeit verrichtet? Hierzu zählt nicht zu Fuß gehen.

Tage pro Woche

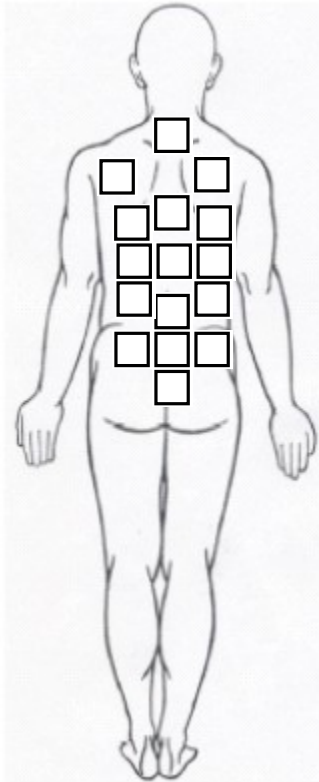
Keine moderate Aktivität

Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit moderater körperlicher Aktivität verbracht?

Stunden pro Tag

Minuten pro Tag

9. Bitte zeichnen/markieren Sie im Körperschema, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

10. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

Weniger als 6 Wochen  6 Wochen bis 3 Monate  Mehr als 3 Monate

11. Fragen zum Befinden: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf **gar nicht** auf mich zu

1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder manchmal

2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder ziemlich oft

3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder die meiste Zeit

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven 4. Gefühle mehr erleben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
5. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
6. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
7. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
8. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
9. Ich fand alles anstrengend.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
10. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
11. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
12. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
13. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
14. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
15. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
16. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
17. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendwas zu begeistern.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
18. Ich fühlte mich als Person nicht viel Wert.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D
19. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	S
20. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hätte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
21. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	A
22. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	D

12. Mit der folgenden Liste von Eigenschaften können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie für **jedes Wort einen Haken**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei der Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3= trifft genau zu    2= trifft weitgehend zu    1= trifft ein wenig zu    0= trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu		Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schauderhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Linien an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

14. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, markieren Sie es bitte.

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf ja  nein   
wenn ja, welche?

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ja  nein   
(z.B. Arthrose, Osteoporose, Rheuma etc.)  
wenn ja, welche?

Seelische Leiden (z.B. Depressionen etc.) ja  nein   
wenn ja, welche?

### Anmerkungen

Vielen Dank für Ihre Zeit ! ☺