

# Patientenfragebogen

Behandelnder Arzt/Ärztin

Geburtsdatum

Beruf

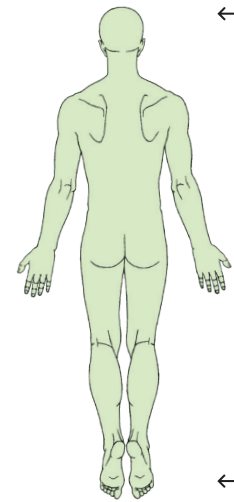
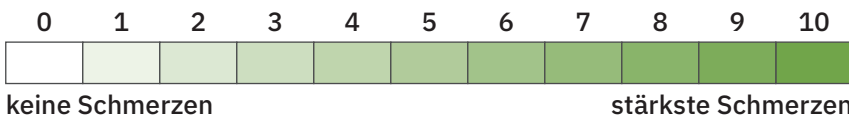
Größe

Gewicht

**Dauer der Rückenschmerzen: (bitte eins ankreuzen)**

- >6 Monate     >1 Jahr     >3 Jahre     >5 Jahre     >7 Jahre     >10 Jahre

**0-10 Numerische Schmerzskala (Schmerzbewertung)**



Bitte kreuzen Sie mit "X" an wo Sie ihre Schmerzen haben.

Durchschnittlicher Schmerz: \_\_\_\_\_ Rückenschmerzen (%): \_\_\_\_\_

Stärkster Schmerz: \_\_\_\_\_ Beinschmerzen (%): \_\_\_\_\_

Leichtester Schmerz: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Schmerzen, wenn Sie die Position wechseln (z. B. vom Sitzen zum Stehen)?**     JA     NEIN

**Beeinträchtigen Ihre Schmerzen Ihre Aktivitäten des täglichen Lebens?**

(wählen Sie alle zutreffenden Punkte aus):

- Schlaf     Beruf    Andere: \_\_\_\_\_  
 Hausarbeiten     Freizeitaktivitäten    \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente haben Sie gegen Ihre Rückenschmerzen eingenommen?**

**Welche Behandlungen haben Sie angewendet, um Ihre Rückenschmerzen zu lindern?**

- Physiotherapie     Übungsprogramm für Zuhause     Chiropraktische Behandlung  
 Massagetherapie     Akupunktur     Andere: \_\_\_\_\_

Injektionen / Ablationen

Facetteninjektionen # \_\_\_\_\_

Facettenablationen # \_\_\_\_\_

Epidurale Injektionen # \_\_\_\_\_

ISG-Gelenk-Injektionen # \_\_\_\_\_

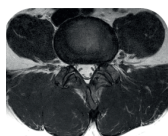
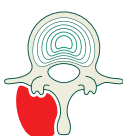
**Einschlägige chirurgische/medizinische Vorgeschichte:**

- Keine frühere Wirbelsäulenoperation     Konservative Behandlung ohne Erfolg  
 Keine Indikation für eine Wirbelsäulenoperation     Kein aktives implantiertes medizinisches Gerät (SCS/PNS etc.)

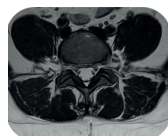
**Weitere Dokumentation (nur vom Arzt auszufüllen)**

PIT positiv (Test auf schmerzhafte dynamische Instabilität)     MFLT positiv (Test auf Multifidusaktivierung)

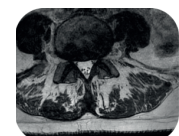
MRT Beurteilung (Prüfung des Ausmaßes der Multifidusatrophie im MRT)



Normaler Multifidus



Mäßige Atrophie



Starke Atrophie