



---

## Fragebogen Neurochirurgie PG WRZ-DD

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihr Anliegen und die Ursachen Ihrer Beschwerden besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen.

Ihre Fragebogendaten werden im Praxisdokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihrem Arzt während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen.

Name, Vorname:

Telefon / Mobiltelefon:

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

zuletzt ausgeführter Beruf:

Arbeitsunfähig: Nein / Ja, seit: \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ , wegen:

Altersrente: Ja, oder

BU-/ EU-Rente, Ja bis:

Hausarzt:in:

Orthopäde:in:

Psychotherapeut:in:

Neurologe:in:

Schmerztherapeut:in:



**3. Meine aktuellen Schmerzen der Brustwirbelsäule:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**4. Seit wann bestehen diese Beschwerden?**

\_\_Tage /  \_\_ Wochen /  \_\_ Monate

**5. Wie reagieren Ihre Beschwerden auf Bewegung o. Belastung?**

Zunahme  Linderung  keine Veränderung

**6. Die Gehstrecke ist eingeschränkt auf ( in m oder min):**

.....

**7. Freies Stehen ist eingeschränkt auf (in min):**

.....

**8. Besteht eine Unsicherheit beim Gehen?**

Nein /  Ja:  Schwanken  nur kleine Schritte  Schwäche

**9. Ich benutze folgende Hilfsmittel:**

Stock/Stöcke  Unterarmstützen  Rollator  Rollstuhl

**10. Es besteht eine Störung der Feinmotorik der Hände?**

Nein /  Ja

**11. Es besteht eine neue Lähmung (Schwäche unter 6 Wochen):**

Arm /  Hand (Finger):  rechts  links  beide

Bein /  Fuß (Zehen):  rechts  links  beide

seit:  heute  <6 Wochen

**12. Es besteht eine neue Taubheit (Missempfindung unter 6 Wochen):**

Arm /  Hand (Finger):  rechts  links  beide

Bein /  Fuß (Zehen):  rechts  links  beide

seit:  heute  < 6 Wochen

**13. Es besteht eine Taubheit (Missempfindung) im Damm oder Genitalbereich unter 6 Wochen:**

Nein /  Ja

**12. Haben Sie Störungen bei der Kontrolle/Halten (Inkontinenz) von Stuhlgang:**

Nein /  Ja:  aber bekannt  neu, weniger als 6 Wochen

**13. Haben Sie Störungen bei der Kontrolle/ Halten (Inkontinenz) von Wasserlassen:**

Nein /  Ja:  aber bekannt  neu, weniger als 6 Wochen

**14. Allgemeine Gesundheitsfragen:**

Allergien:  Nein /  Ja, welche? .....

Raucher:  Nein /  Ja

Blutverdünnende Medikamente:  Nein /  Ja, welche? .....

**15. Haben Sie schon einmal Spritzen an die Wirbelsäule bekommen?**

Nein /  Ja

Wann das letzte Mal (Datum)? \_\_ . \_\_ . \_\_ . \_\_

**16. Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert?**

Nein /  Ja:

	<i>Datum</i>	<i>Krankenhaus</i>	<i>Art der OP u. Implantat(e)</i>
1)	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

**17. Aktuelle Schmerzmedikation (Name und Dosierung):**

.....  
.....  
.....