

Patientenfragebogen 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 Gespräches 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):

Hausarzt:in:

Orthopäde:in:

Psychotherapeut:in:

Neurologe:in:

Beruf:

Arbeitsunfähig: Ja, seit:

Altersrente: Ja

BU-/ EU-Rente: Ja , bis



1. An welchem **Ort** befinden sich Ihre **Beschwerden**, welche Sie zum **heutigen** Arztbesuch führen?

Halswirbelsäule o. Nacken

Brustwirbelsäule

Lendenwirbelsäule o. Kreuz

Arm(e): rechts links bds

Bein(e): rechts links bds

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

Tage Wochen > 6 Monate Jahre

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

Zunahme Linderung keine Veränderung

4. Die Gehstrecke ist eingeschränkt auf (Meter o. Minuten angeben):

5. Freies Stehen ist eingeschränkt auf (Minuten angeben):

6. Es besteht eine **Unsicherheit** beim Laufen:

Nein Ja: Schwanken nur kleine Schritte Schwäche

7. Ich benutze:

Stock/Stöcke Unterarmgehilfe Rollator Rollstuhl

8. Es besteht eine Störung der **Feinmotorik der Hände**:

Nein Ja verändertes Schriftbild Dinge fallen aus der Hand

9. Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Stärke Ihrer **Hauptschmerzen** an.

(Nicht gemeint sind Missempfindungen wie Taubheit oder Kribbeln!)

Der Wert „0“ bedeutet: „Ich habe **keine Schmerzen**“,
der Wert „10“ bedeutet: „**stärkere kann ich mir nicht vorstellen**“.

9.1 Meine aktuellen Schmerzen **Nacken**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.2 Meine aktuellen Schmerzen **Arm(e)**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.3 Die **Armschmerzen ziehen** bis:

zum Daumen zum Mittelfinger zum Kleinfinger

9.4 Meine aktuellen Schmerzen im **Kreuz / Lendenwirbelsäule**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.5 Meine aktuellen Schmerzen **Bein(e)** :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.6 Die **Beinschmerzen ziehen** bis:

- zum Oberschenkel vorne (Knie)
- zum Schienbein und Großzehe
- zur Wade und Fußsohle

9.7 Meine aktuellen Schmerzen in der **Brustwirbelsäule**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Es besteht eine bekannte **alte Lähmung** (Schwäche):

- Arm / Hand (Finger): rechts links bds
- Bein / Fuß (Zehen): rechts links bds
- Halbseitenlähmung: rechts links

Seit: Monaten Jahren

10.1 Es besteht eine **neue Lähmung** (Schwäche):

- Arm / Hand (Finger): rechts links beide
- Bein / Fuß (Zehen): rechts links beide

Seit: Heute <14 Tagen >2 Wochen

11. Es besteht eine bekannte **alte Taubheit** (Missempfindung):

- Arm / Hand (Finger): rechts links bds
- Bein / Fuß (Zehen): rechts links bds

Seit: Monaten Jahren

11.1 Es besteht eine **neue Taubheit** (Missempfindung):

- Arm / Hand (Finger): rechts links bds

Bein / Fuß (Zehen): rechts links bds

Seit: Heute Tagen Wochen

11.2 Es besteht eine **Zunahme** der Taubheit (Missempfindung) der Beine beim Gehen nach (Bitte die Gehstrecke in m/km oder Minuten angeben):

11.3 Es besteht eine **Taubheit** (Missempfindung) im **Damm oder Genitalbereich** (Reithosenhypästhesie):

Ja Nein

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

nein Ja, aber bekannt Ja, neu

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

nein Ja, aber bekannt Ja, neu

13. Allgemeine Gesundheitsfragen:

Allergien: Nein Ja – Welche:

Rauchen: Nein Ja

Blutverdünnende Medikamente: Nein Ja – Welche:

14. Haben Sie schon einmal Spritzen an die Wirbelsäule bekommen:

Nein Ja

Wann das letzte Mal:

15. Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert?

Nein Ja:

Datum	Krankenhaus	Art der OP u. Implantat(e)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
..)		

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Unklarheiten und Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Die Dokumente helfen uns Ihre Beschwerden besser zu verstehen und sind in unseren Praxen die Grundlage für Ihre Behandlung.