



## Patienten-Fragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,  
 wir begrüßen Sie herzlich in unserer neurochirurgischen Praxis. Damit wir Ihnen bestmöglichst helfen können, benötigen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geboren am \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_  
 Größe, Gewicht \_\_\_\_\_  
 Wohnsituation  Alleine  Partner/in  mit Familie  Betreutes Wohnen  Seniorenheim  
**Sonstige vorbehandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt):**  
 \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Brilique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sonst regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Siehe Bundesmedikationsplan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Herzerkrankung? <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Insuffizienz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher oder <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine neurologische Erkrankung bekannt? <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung bekannt? <input type="checkbox"/> Burnout <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Schlafstörung <input type="checkbox"/> PTBS <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Magen- Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen? Oder Implantate? <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Allergien (z. B. Pflaster, Arzneimittel, Jod, Latex)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte mit Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Nierenerkrankung       Rheuma       Osteoporose       Krebserkrankung  
 Schilddrüsenerkrankung       Bluthochdruck       Asthma       Schlaganfall  
 Thrombose       Adipositas       COPD       Lebererkrankung

Andere wichtige Erkrankungen:

	Ja	Nein
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht ein Pflegegrad oder Schwerbehinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere weiblichen Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft o. Verdacht auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Kreuzen Sie in jedem Fall das an, das Ihrer Situation am ehesten entspricht, aber nur eine Antwort pro Frage.**

### Schmerzen

- ich kann sie ohne Schmerzmittel tolerieren  
 ich habe starke Schmerzen, aber ich komme ohne Schmerzmittel aus  
 mit Schmerzmitteln sind sie vollständig weg  
 Schmerzmittel lindern sie erheblich  
 Schmerzmittel lindern sie nur wenig  
 ich nehme keine Schmerzmittel, da sie keine Wirkung zeigen

### Körperpflege / Ankleiden

- ich kann mich uneingeschränkt versorgen und pflegen ohne zusätzliche Probleme/Schmerzen  
 ich kann mich selbst versorgen, aber es bereitet zusätzliche Schmerzen  
 ich habe wegen der Schmerzen Mühe mich zu versorgen, ich bin vorsichtig  
 ich brauche gewisse Hilfe um mich zu versorgen  
 ich brauche täglich Hilfe für die meisten persönlichen Verrichtungen  
 ich kann mich nicht ankleiden, die Körperpflege ist mühsam und ich bin bettlägerig

### Heben von Gewichten

- ich kann schwere Lasten (mehr als 20kg) Heben ohne zusätzliche Schmerzen  
 ich kann schwere Gewichte heben, aber es schmerzt zusätzlich  
 wegen der Schmerzen kann ich schwere Gegenstände nur heben, die günstig gelegen sind  
 schwere Gewichte gehen nicht mehr, aber leichtere (10kg), wenn sie günstig gelegen sind  
 ich kann nur noch sehr leichte Gegenstände heben  
 ich kann wegen der Schmerzen keinerlei Gewichte heben

### Laufen

- die Schmerzen behindern meinen Aktionsradius nicht  
 die Schmerzen hindern mich weiter als 1-2km zu gehen  
 die Schmerzen hindern mich weiter als 500m zu gehen  
 die Schmerzen hindern mich weiter als 100m zu gehen  
 ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen  
 ich bin fast immer bettlägerig und kann noch knapp auf die Toilette gehen

### Sitzen

- ich kann auf jedem Stuhl unbeschränkt lange sitzen ohne zusätzliche Schmerzen
- auf einem guten Stuhl kann ich unbeschränkt lange sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 30 Minuten sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten sitzen
- wegen der Schmerzen kann ich überhaupt nicht mehr sitzen

### Stehen

- ich kann stehen solange ich will ohne zusätzliche Schmerzen
- ich kann lange stehen (mehr als 1 Stunde), aber es macht zusätzliche Schmerzen

- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 1 Stunde stehen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 30 Minuten stehen
- wegen der Schmerzen kann ich nicht länger als 10 Minuten stehen
- wegen der Schmerzen kann ich überhaupt nicht mehr stehen

### Schlafen

- ich kann trotz Schmerzen gut schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 6 Stunden schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 4 Stunden schlafen
- trotz Schlaftabletten kann ich nicht mehr als 2 Stunden schlafen
- wegen der Wirbelsäulenschmerzen kann ich überhaupt nicht mehr richtig schlafen

## SCHMERZEN

Bitte kreuzen Sie an:	[0] keine Schmerzen [10] schlimmstmöglicher Schmerz
Schmerzstärke in diesem Moment	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Stärkster Schmerz in den letzten Wochen/Monaten	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Durchschnittsschmerzstärke in den letzten Wochen	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?	
Wann treten Ihre Beschwerden am stärksten auf? morgens <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nach Belastung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/>	
Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt?	
An wie vielen Tagen konnten Sie in der letzten Zeit aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Hobby, Haushalt)?	
Bestehen besondere Belastungen, z.B. Wohnsituation, finanzielle Situation, chronische Konflikte oder Belastungen im familiären oder sozialen Umfeld, kritische Lebensereignisse, Pflege von Angehörigen?	

**Markieren Sie bitte das Gebiet, in dem Sie Schmerzen verspüren. Geben Sie alle betroffenen Bereiche an. Markieren Sie wie folgt:**

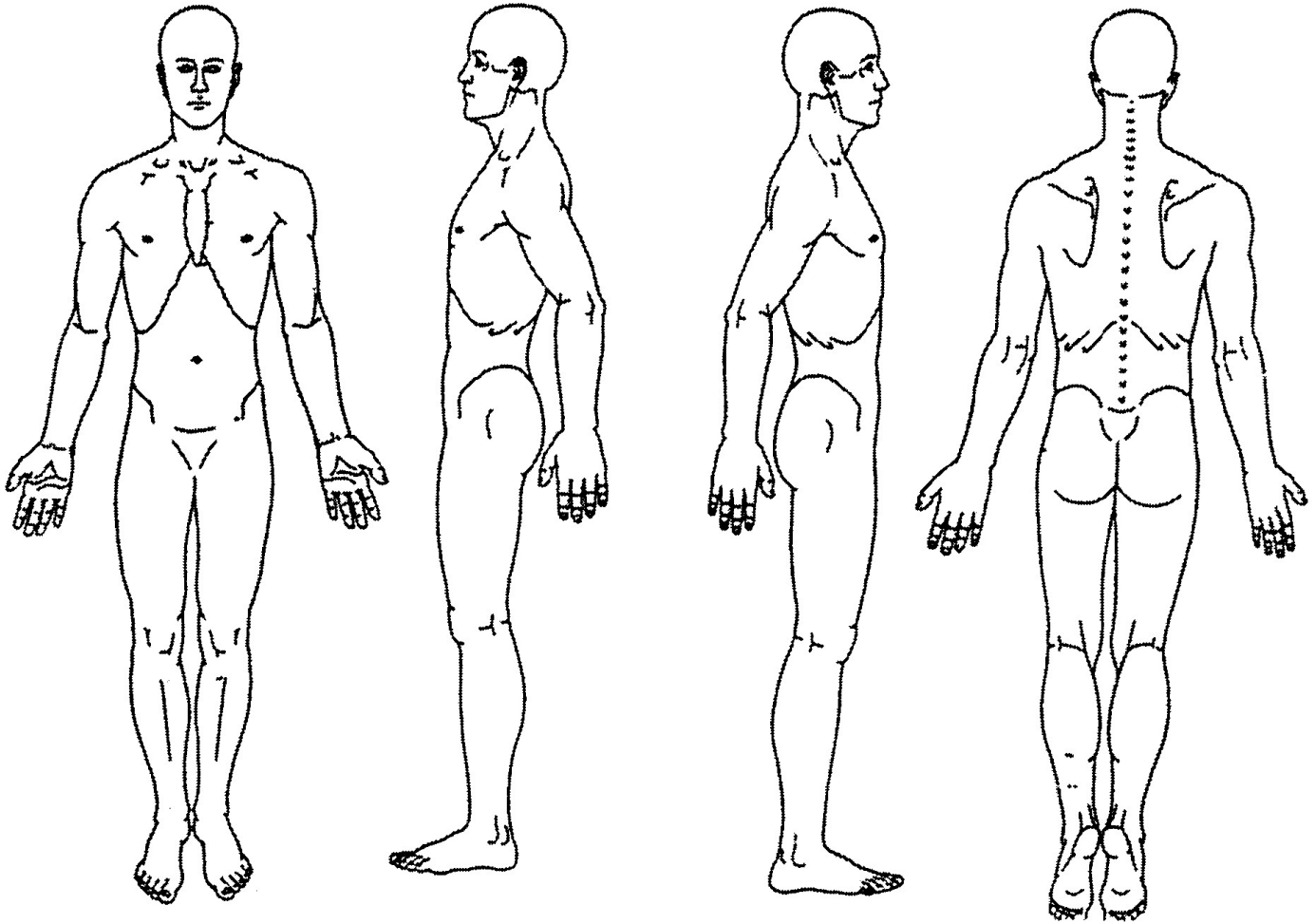
=== Taubheit, Einschlafgefühl  
/// Stechen wie Messer

000 Ameisenlaufen, Nadeln  
XXX Brennen

### Krämpfe

links

rechts



---

Datum, Unterschrift