

Schmerz- und Anamneseformular für Rückenschmerzen

Wenn Sie eine Einschätzung Ihrer Rückenschmerzen in Hinblick auf eine mögliche Operation benötigen, sollten Sie das Schmerz- und Anamneseformular sorgfältig ausfüllen und uns zusammen mit der MRT-Auswertung zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Land:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-mail:

1.) Haben Sie Rückenschmerzen? - rechts
- links
- mittig

Wenn ja, seit wann? - - - - -

2.) Haben Sie Beinschmerzen? -rechts
- links
- beidseits

Wenn ja, seit wann? - - - - -

Wohin ist der Schmerz lokalisiert?

- vorn
- hinten
- außen
- innen
- Leistenbeuge
- Oberschenkel
- Unterschenkel
- Fuß innen
- Fuß außen

3.) Haben Sie ein Taubheitsgefühl oder anderweitige Missempfindungen (Kribbeln oder Brennen) im betroffenen Bein?

- ja
- nein

Wenn ja, geben Sie die Lokalisation an!

4.) Tritt eine Schwäche im Bein auf?

- ja
- nein

Wenn Ja, bei welchen Bewegungen?

- Zehenstand
- Hackenstand
- Kniebeuge
- andere (bitte angeben!)-----

5.) Besteht eine Schwäche von Blase oder Mastdarm?

- ja
- nein

6.) Welche Behandlungen sind bisher erfolgt?

- epidurale Spritzen
- PRT
- Physiotherapie
- Kuren
- andere -----

7.) Schätzen Sie den Grad der Schmerzen ein von 1 bis 10 (1= keine Schmerzen, 10=stärkste Schmerzen)!

- im Rücken -----
- im Bein -----

8.) Müssen Sie nach einer bestimmten Wegstrecke stehen bleiben?

- ja
- nein

Wenn ja, nach wie viel Metern? -----m

9.) Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- ja
- nein

10.) Haben Sie eine Thrombose oder Embolie gehabt?

- ja
- nein

11.) Welche Medikamente nehmen Sie?

- Blutverdünner
- Antibabypille
- Blutzuckermedikamente
- Blutdruckmedikamente
- andere -----

12.) An welchen anderen Erkrankungen leiden Sie?

13.) Sind Sie Raucher?

- ja
- nein