

## **8. Anhang**

- **Übersicht Messinstrumente des BMBF-Rückenschmerzprojektes C1**
- **Praxis-Fragebogen**
- **Heimfragebogen**
- **„Red-Flags“-Fragebogen für den Arzt**

Messinstrumente		Fragebogen Praxis	Arzt	Fragebogen Zuhause	1. Interview (4 Wochen)	2. Interview (6 Monate)	3. Interview (12 Monate)
Soziodemographische Daten <sup>1</sup>				x	(x)		
Arbeitsplatzmerkmale <sup>2</sup>				x	(x)		
Schmerztyp <sup>3</sup>		x					
Stadium der Chronifizierung <sup>4</sup>		x			(x)	x	x
Differenzierung radikulärer Schmerz <sup>5</sup>		x			(x)		
Schmerzen andere Regionen DGSS <sup>6</sup>		x			(X)		
CES-D (Depressivität) <sup>7</sup>				x	(x)		
SCL-90-R Somatisierung <sub>8</sub>				x	(x)		
SF-36 Gesundheits- Wahrnehmung <sup>9</sup>		x			(x)		
„red flags“ <sup>10</sup>			x				
FABQ (Pain beliefs) <sup>11</sup>				x	(x)	x	x
FFbH-R (Funktions- kapazität) <sup>12</sup>		x				x	x
Freiburger Fragebogen zur körp.Aktivität <sup>13</sup>		x			(x)	x	x
EuroQol <sup>14</sup>		x			(x)	x	x
State of change	TTM <sup>15</sup>			x	(x)	x	x
Self Efficacy				x	(x)	x	x
Decisional Balance				x	(x)	x	x
Versorgungsintensität <sup>16</sup>					x	x	x
Leitlinienadhärenz <sup>17</sup>					x	x	x

(x) = wenn bisher nicht vorliegend

## Quellen(in medizinischer Zitierweise):

- <sup>1</sup>Deck R, Röckelein E. Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden. DRV-Schriften 1999; 16: 84-102.
- <sup>2</sup>Aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998. Bellach, BM: Editorial: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 - Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven Gesundheitswesen 1990; 61: S55-56
- <sup>3</sup>Von Korff M. Studying the natural history of back pain. Spine 1994; Vol 19; 185: 20415-20465.
- <sup>4</sup>Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain 1992; 50: 133-49.
- <sup>5</sup>Vorschlag Stefan Frisch zu Differenzierung radikulärer Schmerzen
- <sup>6</sup>DGSS-Arbeitskreis „Standardisierung-und-Ökonomisierung-der-Schmerztherapie“. DSF-Deutscher Schmerzfragebogen. Köln: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS), 1997.
- <sup>7a</sup>Radloff LS: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977; 3: 385-401.
- <sup>7b</sup>Hautzinger M. Die CES-D Skala. Ein Depressionsmessinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. Diagnostica 1988; 34: 167-173.
- <sup>8</sup>Franke, G.H. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Weinheim: Beltz, 1995.
- <sup>9</sup>Bullinger M, Kirchberger I. SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand- Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, 1998.
- <sup>10</sup>Becker A, Chenot JF, Niebling W, Kochen MM: DEGAM Leitlinie Kreuzschmerzen Omikron Publishing Düsseldorf 2003.
- <sup>11a</sup>Waddell G, Newton M, Henderson I et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain 1993; 52: 157-168
- <sup>11b</sup>Pfingsten M, Kröner-Herwig B, Leibing E et al. Validation of the German version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). European Journal of Pain 2000; 4: 259-266.
- <sup>12</sup>Kohlmann Th, Raspe H. Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Rehab 1996; 35: I-VIII.
- <sup>13</sup>Frey I, Berg A, Grathwohl D, Keul J. Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität - Entwicklung, Prüfung und Anwendung. Soz Präventivmed 1999; 44: 55- 64
- <sup>14</sup>Graf-von-der-Schulenburg JM, Claes C, Greiner W;& Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1998; 6(1): 3-20.
- <sup>15</sup>Basler HD, Jäkle C, Keller S. & Baum E. Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität – Eine Untersuchung zum Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1999; 20, 203-16.
- <sup>16</sup>Becker A, Seitz R, Jacobi E, Leidl R: Kostenmessung durch Patientenbefragung: Pilotstudie zu einem Kostenwochenbuch. Rehabilitation 2001; 40: 12-20.
- <sup>17</sup>Becker A, Chenot JF, Niebling W, Kochen MM: DEGAM Leitlinie Kreuzschmerzen Omikron Publishing Düsseldorf 2003.

Universität Göttingen



Projekt

*"Kreuzschmerz  
in der Praxis"*

Universität Marburg



**Patientenfragebogen für die Arztpraxis**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die Beantwortung der folgenden Fragen. Mit Ihren Antworten können Sie helfen, gesundheitsfördernde Maßnahmen für sich und andere Personen weiter zu verbessern. Noch einmal herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Die Themen, die dieser Fragebogen behandelt, werden auch Teil der ärztlichen Untersuchung sein, zu der Sie gleich gebeten werden. **Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen vor der Untersuchung an der Anmeldung ab.** Alle Fragebögen werden später zurück an das Studienzentrum geschickt, sie werden nicht Bestandteil Ihrer Krankenakte.

Kreuzen Sie bei allen Fragen die Antworten bitte deutlich mit einem gut lesbaren Stift in blauer oder schwarzer Farbe an. Lassen Sie bitte keine Fragen aus, da Ihre Antworten sonst nicht richtig ausgewertet werden können. Auch wenn die Antworten auf manche Fragen nicht genau dem entsprechen, was Sie denken, **kreuzen Sie bitte das an, was aus Ihrer Sicht am besten passt.**

Manchmal lässt es sich leider nicht vermeiden, dass einige Fragen recht ähnlich sind. Bitte haben Sie dafür Verständnis und beantworten trotzdem alle Fragen.

Fast alle Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, allein Ihre persönlichen Einschätzungen sind gefragt.

---

## 1. Gesundheitswahrnehmung

**In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.  
Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich  
fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.**

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die  
Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausge- zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
voller Energie? .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
erschöpft? .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
müde?.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft ganz zu	trifft weit- gehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.....:	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

---

## 2. Beschwerden im Alltag

In den folgenden zwölf Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.  
Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie **im Moment** (wir meinen im Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

<b>Hinweise zur Beantwortung</b>		
<i>Sie haben <b>drei</b> Antwortmöglichkeiten:</i>		
[1]	<i>Ja</i>	<i>Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.</i>
[2]	<i>Ja, aber mit Mühe</i>	<i>Sie haben bei der Tätigkeit Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen.</i>
[3]	<i>Nein, oder nur mit fremder Hilfe</i>	<i>Sie können die Tätigkeit gar nicht ausführen oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft.</i>

Bitte beantworten Sie <b>jede</b> Frage!	<b>Ja</b>	<b>Ja, aber mit Mühe</b>	<b>Nein oder nur mit fremder Hilfe</b>
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) heben und 10 Meter weit tragen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?....	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	[1]	[2]	[3]
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?.....	[1]	[2]	[3]
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?.....	[1]	[2]	[3]

---

### 3. Schmerzen

Auf dieser Seite und auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen einige Fragen über **Rückenschmerzen** - stellen.

Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch, und beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein **x** in das entsprechende Kästchen [ ] setzen oder die Antwort an die durch einen Strich \_\_\_\_\_ bezeichnete Stelle schreiben.

Bitte beachten Sie, dass sich die Fragen teilweise auf **unterschiedliche Zeiträume** beziehen.

Bitte beantworten Sie **jede Frage**.

---

**3.1.1** Haben Sie **heute** Rückenschmerzen ?

nein [ ]  
ja [ ]

Wenn Sie heute **keine** Rückenschmerzen haben, fahren Sie bitte gleich mit **Frage 3.2.1** auf der nächsten Seite fort.

**3.1.2** Wie würden Sie Ihre **momentanen** Rückenschmerzen, d.h. **jetzt im Augenblick**, auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten ?

[0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5] – [6] – [7] – [8] – [9] – [10]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**3.1.3** Sind Ihnen Ihre jetzigen Rückenschmerzen von früher vertraut?  
(bitte ankreuzen)

☐ Ja ☐ Nein

**3.1.4** Seit wie vielen Tagen haben Sie diese Rückenschmerzen **ohne Unterbrechung** (d.h. ohne dass Sie an einem oder mehreren Tagen ganz frei von Rückenschmerzen waren) ?  
seit etwa \_\_\_\_\_ Tagen

**3.1.5** Besteht eine **Ausstrahlung** Ihrer Rückenschmerzen in das Gesäß, die Leiste, die Hüfte oder ins Bein ?  
(Mehrere Antworten möglich)

nein, keine Ausstrahlung [ ]  
ja, Ausstrahlung in das Gesäß, die Leiste oder Hüfte [ ]  
ja, Ausstrahlung in den Oberschenkel (bis zum Knie) [ ]  
ja, Ausstrahlung in den Unterschenkel [ ]

**3.1.6** Wie würden Sie den **Verlauf** Ihrer **jetzigen** Rückenschmerzen beschreiben ?

- Die jetzigen Rückenschmerzen sind zunächst mit geringer Stärke aufgetreten und haben sich dann verschlimmert [ ]
- Die jetzigen Rückenschmerzen sind zunächst mit hoher Stärke aufgetreten und haben sich dann verbessert [ ]
- Die Stärke der jetzigen Rückenschmerzen hat sich seit ihrem Auftreten kaum verändert [ ]

**3.2.1** Hatten Sie **während der letzten 12 Monate** Rückenschmerzen - außer den Rückenschmerzen, die Sie vielleicht heute verspüren ?

nein [ ]  
ja [ ]

Wenn Sie während der letzten 12 Monate **keine** (weiteren) Rückenschmerzen hatten, fahren Sie bitte gleich mit **Frage 3.3.1** fort.

**3.2.2** An wie vielen Tagen hatten Sie insgesamt **während der letzten 12 Monate** Rückenschmerzen ?

an etwa \_\_\_\_\_ Tagen

**3.2.3** Wie würden Sie das **Auftreten** der Rückenschmerzen **während der letzten 12 Monate** beschreiben ?

Die Rückenschmerzen sind **nur ein einziges Mal** aufgetreten (eine zeitlich begrenzte Schmerz-"Episode") [ ]

Die Rückenschmerzen sind **mehrmals** in regelmäßigen oder unregelmäßigen **Abständen** aufgetreten [ ]

Ich hatte andauernd (fast täglich) Rückenschmerzen [ ]

**3.2.4.** Wie würden Sie den **Verlauf** der Rückenschmerzen **während der letzten 12 Monate** beschreiben ?

Die Rückenschmerzen sind zunächst mit geringer Stärke aufgetreten und haben sich dann verschlimmert [ ]

Die Rückenschmerzen sind zunächst mit hoher Stärke aufgetreten und haben sich dann verbessert [ ]

Die Stärke der Rückenschmerzen hat sich kaum verändert [ ]

**3.3.1** Hatten Sie **früher** - vor mehr als 12 Monaten - schon einmal Rückenschmerzen ?

nein [ ]  
ja [ ]

Wenn Sie früher schon einmal Rückenschmerzen hatten, **wie alt waren Sie**, als diese **zum ersten Mal** auftraten ?

Ich war etwa \_\_\_\_\_ Jahre alt

---

*In den folgenden Fragen geht es um Rückenschmerzen **während der letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum interessieren wir uns besonders und möchten **genauer** über die Schmerzen und deren Auswirkungen erfahren.*

Wenn Sie während der letzten 3 Monate **keine** Rückenschmerzen hatten, fahren Sie bitte mit der **Frage 3.5** auf der nächsten Seite fort.

**3.4.1** Wie würden Sie Ihre **stärksten** Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten** einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten ?

[0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5] – [6] – [7] – [8] – [9] – [10]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**3.4.2** Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt**, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten ?

[0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5] – [6] – [7] – [8] – [9] – [10]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**3.4.3** An wie vielen Tagen konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Rückenschmerzen nicht Ihren **üblichen Aktivitäten** nachgehen (z.B. Arbeit, Schule, Haushalt) ?

an etwa \_\_\_\_\_ Tagen

**3.4.4** In welchem Maße haben Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **alltäglichen Aktivitäten** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivität mehr möglich* bedeuten ?

[0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5] – [6] – [7] – [8] – [9] – [10]

keine Beein-  
trächtigung

keine  
Aktivität  
mehr  
möglich

- 3.4.5** In welchem Maße haben Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten** oder **Unternehmungen** im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivität mehr möglich* bedeuten?

–  –  –  –  –  –  –  –  –  –

keine Beein-  
trächtigung

keine  
Aktivität  
mehr  
möglich

- 3.4.6.** In welchem Maße haben Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivität mehr möglich* bedeuten?

–  –  –  –  –  –  –  –  –  –

keine Beein-  
trächtigung

keine  
Aktivität  
mehr  
möglich

- 
- 3.5** Im Folgenden sind 5 verschiedene Arten von Schmerzen aufgeführt: Bitte kreuzen Sie für **jede** Art von Schmerzen an, ob Sie **in den letzten 3 Monaten** diese Schmerzen hatten, und wenn ja (⇒), ob Sie diese Schmerzen **auch in den letzten 7 Tagen** (einschließlich heute) hatten.

	Schmerzen in den letzten 3 Monaten			Schmerzen in den letzten 7 Tagen	
	Nein	Ja		Nein	Ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Armen oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

#### 4. Ihr heutiger Gesundheitszustand

Bitte geben Sie nun an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (☒) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

##### 4.1 Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen..... ☐
- Ich habe einige Probleme herumzugehen..... ☐
- Ich bin ans Bett gebunden..... ☐

##### 4.2 Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen..... ☐
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.... ☐
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen..... ☐

##### 4.3 Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... ☐
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... ☐
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... ☐

##### 4.4 Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden..... ☐
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden..... ☐
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden..... ☐

##### 4.5 Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert..... ☐
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert..... ☐
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert..... ☐

##### 4.6 Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

- besser..... ☐
- im Großen und Ganzen etwa gleich..... ☐
- schlechter..... ☐

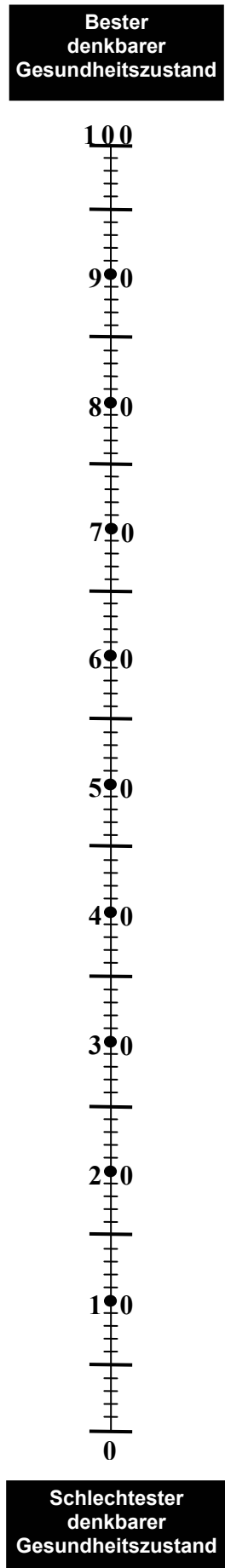
BITTE MARKIEREN SIE  
DAS ENTSPRECHENDE  
KÄSTCHEN.

#### 4.7

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Ihr heutiger  
Gesundheitszustand



---

## 5. Körperliche Aktivität

### 5. 1. Sind Sie berufstätig (auch Hausfrau) oder in Ausbildung?

Nein [ ]

Ja [ ]

Ihre berufliche Tätigkeit beinhaltet hauptsächlich:

Sitzende Tätigkeiten (z.B. Büro, Student usw.) [ ]

Mäßige Bewegung (z.B. Handwerker, Hausmeister, Hausfrau usw.) [ ]

Intensive Bewegung (Postzusteller, Wald- oder Bauarbeiter) [ ]

---

### 5.2. Waren Sie in der letzten Woche zu Fuß unterwegs,

#### a) ... auf dem Weg zur Arbeit oder zum Einkaufen usw.?

Nein [ ]

Ja [ ]

➤ Wenn ja, wie lange sind Sie dabei gegangen?

**Insgesamt** ..... Minuten pro Woche

➤ Wie würden Sie Ihr „Gehtempo“ beschreiben?

Gemächlich [ ]

normal [ ]

zügig [ ]

---

#### b) .... zum Spaziergehen?

Nein [ ]

Ja [ ]

➤ Wenn ja, wie lange waren Sie letzte Woche spazieren?

**Insgesamt** ..... Minuten pro Woche

➤ Wie würden Sie Ihr „Gehtempo“ beschreiben?

Gemächlich [ ]

normal [ ]

zügig [ ]

---

### 5.3. Sind Sie letzte Woche Fahrrad gefahren,

#### a) ... zur Arbeit oder zum Einkaufen usw.?

Nein [ ]

Ja [ ]

➤ Wenn ja, wie lange sind Sie dabei geradelt?

**Insgesamt** ..... Minuten pro Woche

➤ In welchem Tempo?

Gemächlich [ ]

normal [ ]

zügig [ ]

---

#### b) ... auf dem Heimtrainer bzw. auf Radtouren?

Nein [ ]

Ja [ ]

➤ Wenn ja, wie lange sind Sie dabei geradelt?

**Insgesamt** ..... Minuten pro Woche

➤ In welchem Tempo?

Gemächlich [ ]

normal [ ]

zügig [ ]

---

---

**5.4. Haben Sie einen Garten?**

Nein [ ]

Ja [ ]

Wenn ja, wie viele **Minuten** haben Sie die letzte Woche in Ihrem Garten verbracht?..... **Minuten pro Woche**Davon waren ..... Minuten **Gartenarbeit**und ..... Minuten **Ruhe und Erholung**

---

**5.5. Steigen Sie regelmäßig Treppen?**

Nein [ ]

Ja [ ]

Wenn ja, ..... Stockwerke, ..... mal am **Tag**

---

**5.6. Sind Sie im letzten Monat geschwommen?**

Nein [ ]

Ja [ ]

Wenn ja, ca. .... Minuten im **Monat** (reine **Schwimmzeit**)

---

**5.7. Haben Sie im letzten Monat Sport betrieben?**

Nein [ ]

(z.B. Jogging, Fußball, Handball, Federball, Squash, Gymnastik, Tennis, Tischtennis....)

Ja [ ]

Wenn Ja, welchen Sport:

- |         |          |                         |
|---------|----------|-------------------------|
| 1. .... | ca. .... | Minuten pro Woche/Monat |
| 2. .... | ca. .... | Minuten pro Woche/Monat |
| 3. .... | ca. .... | Minuten pro Woche/Monat |
| 4. .... | ca. .... | Minuten pro Woche/Monat |

**Beispiel:**1. *Dauerlauf*

ca. 30

*(Nicht-Zutreffendes bitte streichen!)*Minuten pro Woche/ ~~Monat~~2. *Federball*

ca. 120

Minuten pro ~~Woche~~/ Monat

---

**5.8. Gehen Sie zu Tanzveranstaltungen und/oder kegeln Sie?**

a) Tanzen

Nein [ ]

Wenn ja, .....mal /**Monat** für je: ..... **Minuten**

Ja [ ]

b) Kegeln

Nein [ ]

Wenn ja, .....mal /**Monat** für je: ..... **Minuten**Ja [ ]

---

**5.9.**

**Üben Sie zurzeit eine intensive körperliche Aktivität regelmäßig aus, d. h. für jeweils mindestens 20 Minuten an mindestens 3 Tagen pro Woche?**

- [1] Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- [2] Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- [3] Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- [4] Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
- [5] Ja, seit mehr als 6 Monaten.

**Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate etwas unternommen, um körperlich aktiver zu werden?** (Z. B. ein Sportgerät gekauft, sich nach einem Verein erkundigt, mehr zu Fuß gegangen etc.)

[1]     **ja**

[2]     **nein**

---

**Bitte geben Sie diesen Fragebogen bei der Arzthelferin an der Anmeldung ab. Die Fragebögen werden anonym in der Arztpraxis gesammelt und dann an das Studienzentrum zurückgeschickt.  
VIELEN DANK!**

**Universität Göttingen**



**Projekt**

***"Kreuzschmerz  
in der Praxis"***

**Universität Marburg**



**Patientenfragebogen für Zuhause**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die Beantwortung der folgenden Fragen. Mit Ihren Antworten können Sie helfen, gesundheitsfördernde Maßnahmen für sich und andere Personen weiter zu verbessern. Noch einmal herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Kreuzen Sie bei allen Fragen die Antworten bitte deutlich mit einem gut lesbaren Stift in blauer oder schwarzer Farbe an. Lassen Sie bitte keine Fragen aus, da Ihre Antworten sonst nicht richtig ausgewertet werden können. Auch wenn die Antworten auf manche Fragen nicht genau dem entsprechen, was Sie denken, kreuzen Sie bitte das an, was aus Ihrer Sicht am besten passt. Fast alle Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, allein Ihre persönlichen Einschätzungen sind gefragt.

**Bitte geben Sie den Fragebogen, nachdem Sie ihn fertig ausgefüllt haben, im beiliegenden frankierten Briefumschlag zur Post. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

---

---

## 1. Allgemeine körperliche Beschwerden

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in  
den letzten 7 Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Kopfschmerzen .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Herz- und Brustschmerzen.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Kreuzschmerzen .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Schwierigkeiten beim Atmen. ....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Hitzewallungen und Kälteschauern. ....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen .....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen.....	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

---

## 2. Emotionales Befinden

Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in den **vergangenen 7 Tagen** so gefühlt oder verhalten haben.

In der vergangenen Woche...	selten/ nie/ unter 1 Tag	manchmal/ gelegentlich 1-2 Tage	öfters/ häufiger 3-4 Tage	meistens/ ständig 5-7 Tage
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. war mir nicht nach Essen zumute, hatte ich keinen Appetit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ist es mir schwer gefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. fühlte ich mich niedergeschlagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. empfand ich alles als anstrengend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. empfand ich mein Leben als gescheitert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. war ich ängstlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich unruhig geschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. war ich glücklich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. habe ich weniger als sonst geredet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. fühlte ich mich einsam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. waren die Menschen unfreundlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hatte ich Spaß am Leben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. musste ich grundlos weinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. war ich traurig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Menschen nicht mögen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. bin ich nicht „in Gang“ gekommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Gedanken über Schmerzen

Auf dieser Seite sind einige Gedanken über Schmerzen, wie sie von anderen Patienten geäußert wurden. Bitte kreuzen Sie für **jede Feststellung** eine Zahl zwischen 0 und 6 an, je nachdem, inwieweit körperliche Aktivitäten wie Bücken, Heben, Gehen oder Fahren Auswirkungen auf ihre Rückenschmerzen haben oder haben könnten. Einige Gedanken beziehen sich auch auf den Einfluss, den Ihre tägliche Arbeit auf Ihre Rückenschmerzen hat oder haben könnte. Kreuzen Sie jeweils eine Zahl an, die Ihre Zustimmung zu diesen Gedanken entspricht. 0 bedeutet „stimmt gar nicht“, 3 „unsicher“ und 6 „stimmt genau“; mit den Zahlen dazwischen können Sie eine Abstufung Ihrer Zustimmung angeben.

	stimmt gar nicht		unsicher				stimmt genau	
1. Meine Rückenschmerzen wurden durch körperliche Aktivitäten verursacht.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
2. Körperliche Aktivitäten verstärken meine Schmerzen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
3. Körperliche Aktivitäten könnten meinem Rücken schaden...	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
4. Ich sollte körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, unterlassen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
5. Ich kann körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, nicht ausüben.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
6. Meine Schmerzen wurden durch meine Arbeit oder durch eine Verletzung bei der Arbeit verursacht.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
7. Durch meine Arbeit wurden meine Schmerzen verstärkt.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
8. Ich hätte eigentlich einen Anspruch auf Entschädigung für meine Schmerzen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
9. Meine Arbeit ist zu schwer für mich.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
10. Meine Arbeit verschlimmert meine Schmerzen oder wird sie verschlimmern.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
11. Meine Arbeit könnte meinen Rücken schädigen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
12. Mit meinen augenblicklichen Schmerzen sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausüben.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
13. Ich kann mit meinen augenblicklichen Schmerzen meine gegenwärtige Arbeit nicht ausführen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
14. Bis meine Schmerzen nicht behandelt sind, kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht ausführen.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
15. Ich glaube nicht, dass ich in den nächsten 3 Monaten an meine normale Arbeit zurückkehren kann.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
16. Ich glaube nicht, dass ich meine jetzige Arbeitstätigkeit überhaupt wieder aufnehmen kann.....	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	

#### 4.1. Vor- und Nachteile körperlicher Aktivität

Manche Personen befürchten, dass es für sie auch Nachteile haben könnte, mindestens 3mal pro Woche körperlich aktiv zu sein; andere sehen darin nur Vorteile. Wie ist das bei Ihnen?

„Wenn ich mindestens 3 mal pro Woche körperlich aktiv bin, dann...“	Wie wichtig ist dieses Argument für Sie, um selber Sport zu treiben?				
	gar nicht wichtig	wenig wichtig	eini-germaßen wichtig	sehr wichtig	au-ßerst wichtig
1. ... fühle ich mich anschließend einfach wohler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. ... kostet mich das jedes Mal große Selbstüberwindung.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. ... muss ich jedes Mal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. ... muss ich erst die passenden Leute dafür suchen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. ... bleibe ich beweglich und elastisch.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. ... habe ich weniger Zeit für meine Familie und Freunde.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. ... kostet mich das zuviel Zeit.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. ... habe ich mehr Energie für meine Familie und Freunde.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. ... fühle ich mich weniger gestresst.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. ... fühle ich mich in meinem Körper wohler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. ... kann das meinem Rücken schaden.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. ... kann ich mir dabei Verletzungen zuziehen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. ... verstärken sich dabei meine Schmerzen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. ... kann ich meinen Rücken nicht genug schonen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15. ... werden meine Schmerzen mit der Zeit besser.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16. ... lenke ich von meinen Schmerzen ab.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17. ... kann ich besser schlafen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

#### 4.2. Einschätzung der eigenen Zuversicht, körperlich aktiv zu sein

Bitte kreuzen Sie nun an, wie zuversichtlich Sie sind, eine geplante körperliche Aktivität auch ausüben zu können

„Ich bin zuversichtlich, eine geplante körperliche Aktivität auch dann noch ausüben zu können, wenn...“	gar nicht zuversichtlich	wenig zuversichtlich	eini-germaßen zuversichtlich	sehr zuversichtlich	sehr zuversichtlich
1. ... ich müde bin.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. ... ich mich niedergeschlagen fühle.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

<b>„Ich bin zuversichtlich, eine geplante körperliche Aktivität auch dann noch ausüben zu können, wenn...“</b>	<b>gar nicht zuversichtlich</b>	<b>wenig zuversichtlich</b>	<b>einigermaßen zuversichtlich</b>	<b>sehr zuversichtlich</b>	<b>sehr zuversichtlich</b>
3. ... ich Sorgen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. ... ich mich über etwas ärgere.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. ... ich mich angespannt fühle.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. ... Freunde zu Besuch sind.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. ... andere Personen etwas mit mir unternehmen wollen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. ... meine Familie/mein Partner mich beansprucht.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. ... ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. ... schlechtes Wetter ist.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. ... ich noch viel Arbeit zu erledigen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. ... ein interessantes Fernsehprogramm läuft.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. ... ich Schmerzen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. ... mir andere sagen, ich solle mich schonen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

## 5. Arbeitsplatzmerkmale

*Die folgenden Fragen richten sich nur an derzeit Berufstätige - sonst weiter bei Frage 6 !*

### 5.1. Ist Ihre jetzige berufliche Tätigkeit gekennzeichnet durch:

	Nein	Ja		Fühlen Sie sich dadurch gesundheitlich beeinträchtigt?	
				Nein	Ja
→ Anstrengende körperliche Arbeit (wie einseitige Körperhaltung, Tragen schwerer Gegenstände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Stress am Arbeitsplatz (wie Zeit-/ Leistungsdruck, starke Konzentration, schlechtes Arbeitsklima), Sorge um den Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Schicht-/ Nachtarbeit? ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn <b>Ja</b> :					
• Wechselschicht ohne Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wechselschicht mit Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ausschließlich Nachtarbeit  
(nicht in Wechselschicht)

☐ ☐ → ☐ ☐

## 5.2. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihren Arbeitsbedingungen?

Machen Sie bitte ein Kreuz entsprechend der Bewertung Ihrer Arbeitszufriedenheit. Ein Kreuz bei „0“ bedeutet, dass Sie mit Ihren Arbeitsbedingungen überhaupt nicht zufrieden sind, ein Kreuz bei „10“ bedeutet, dass Sie sehr zufrieden sind. Ein Kreuz auf einer Zahl dazwischen gibt den Grad Ihrer Zufriedenheit entsprechend der Höhe der Zahl an.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr zufrieden					

## 6. Einige Fragen zu Ihrer Person:

( Diese Fragen stellen wir Ihnen, um ein Bevölkerungsbild der Kreuzschmerz-Patienten zu bekommen.)

6.1 Ihr Geschlecht? weiblich [1] männlich [2]

6.2 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? \_\_\_\_\_

6.3 Wann sind Sie geboren? Monat \_\_ Jahr \_\_\_\_

6.4 Wie ist Ihr Familienstand?

- Ledig..... [1]
- Verheiratet..... [2]
- Geschieden / getrennt lebend ..... [3]
- Verwitwet..... [4]

6.5 Leben Sie mit einem festen Partner zusammen? ja [1] nein [2]

Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

insgesamt \_\_ Personen

Wie viele davon sind Kinder unter 18 Jahren? \_\_ Personen

6.6 Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule / Volksschule..... [1]
- Realschule / Mittlere Reife..... [2]
- Polytechnische Oberschule ..... [3]
- Fachhochschulreife..... [4]
- Abitur / allgemeine Hochschulreife ..... [5]
- Anderen Schulabschluss ..... [6]
- Keinen Schulabschluss..... [7]

6.7 Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Lehre (berufliche, betriebliche Ausbildung) ..... [1]
- Fachschule (Meister, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie). [2]
- Fachhochschule, Ingenieurschule ..... [3]
- Universität, Hochschule ..... [4]
- andere Berufsausbildung ..... [5]
- keine Berufsausbildung ..... [6]

6.8 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- Ja,** ganztags ..... [1]
- mindestens halbtags ..... [2]
- weniger als halbtags ..... [3]
- Nein,** Hausfrau / Hausmann ..... [4]
- in Ausbildung / Umschulung ..... [5]
- arbeitslos / erwerbslos ..... [6]
- Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente ..... [7]
- Altersrente. .... [8]
- anderes ..... [9]

6.9 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit, bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt?

- Arbeiter ..... [1]
- Angestellter ..... [2]
- Beamter ..... [3]
- Selbständiger ..... [4]
- Sonstiges ..... [5]

6.10 Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?

(Nettoeinkommen: *Die Summe aus Lohn/ Gehalt/ Einkommen usw. jeweils unter Abzug der Steuern und Sozialabgaben*)

- bis unter 500 Euro ..... [1]
- 500 Euro bis unter 1000 Euro ..... [2]
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro ..... [3]
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro ..... [4]
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro ..... [5]
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro ..... [6]
- 3000 Euro bis unter 3500 Euro ..... [7]
- 3500 Euro und mehr ..... [8]

6.11 Haben Sie aufgrund Ihrer Rückenbeschwerden ein Rentenverfahren eingeleitet oder beabsichtigen Sie, einen Rentenantrag zu stellen?

- ja [1]                      nein [2]

---

**Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**  
**Bitte geben Sie nun den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Briefumschlag zur Post.**

Universität Göttingen



Projekt

*"Kreuzschmerz  
in der Praxis"*

Universität Marburg



**Dieser Teil  
wird von Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin ausgefüllt.**

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

bitte kreuzen Sie an, ob bei Ihrem Patienten / Ihrer Patientin folgende Befunde oder entsprechende Hinweise vorliegen:

- Schlechter Allgemeinzustand . . . . . ☐
- Neurologische Ausfälle (z.B. Darm-, Blasen- oder Beinlähmung). ☐
- Hinweis auf Tumorerkrankung oder bekannte  
Tumorerkrankung in der Vorgeschichte . . . . . ☐
- Entzündlich rheumatische Erkrankung . . . . . ☐
- Osteoporose mit erhöhter Fraktur-Gefährdung . . . . . ☐
- Fieber . . . . . ☐
- HIV positiv oder andere Immunsuppression . . . . . ☐
- Schweres Trauma . . . . . ☐

Vielen Dank!

**DIESEN BOGEN KÖNNEN SIE GEMEINSAM MIT DEN  
PRAXISFRAGEBÖGEN AN DAS STUDIENZENTRUM SCHICKEN.  
BITTE GETRENNT VON DER PATIENTENAKTE AUFBEWAHREN.  
VIELEN DANK!**

