



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 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):

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):

.....

.....

.....