

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Patienten-Nr./Studien-Nr.	Geschlecht w / m
konstituiert sich wie folgt: SS (SWISSspine) - Initialen Patient Name/Vorname - Geburtsdatum (TTMMJJJJ) Beispiel Patient: Muster Alexander, geb. 10.04.1940 ergibt: SSMA10041940	
Klinikcode	

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt
- mehrere Antworten erlaubt

Komorbiditäten präoperativ

Untersuchungsdatum

Tag 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28) 29) 30) 31)

Monat 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12)

Jahr 04) 05) 06) 07) 08) 09) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16)

Die folgende Liste zeigt Gesundheitsprobleme. Bitte markieren Sie JA oder NEIN in der ersten Spalte und gehen Sie dann weiter zur nächsten Frage. Wenn Sie ein gesundheitliches Problem haben, welches in der ersten Spalte aufgezeigt ist, geben Sie bitte in der zweiten Spalte an, ob Sie Medikamente oder andere Behandlungen dafür bekommen. Die letzte Spalte fragt Sie nach den Beeinträchtigungen in Ihrer Aktivität durch diese Erkrankung.

	Leiden Sie an folgenden Problemen?		Nehmen Sie Medikamente dafür?		Schränken die Probleme Sie ein?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Überhaupt keine zusätzliche Erkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <i>(Ende des Fragebogens)</i>						
1. Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Geschwür oder Magenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Anämie andere Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Osteoarthritis / Degenerative Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Andere medizinischen Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben

.....

.....