

Nur zum internen Gebrauch.  
Nicht vom Scanner gelesen.

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

**Schmerzen**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre Beschwerden in der HALS-, SCHULTER- und NACKENREGION. Sämtliche Fragen sollen Auskunft geben darüber, wie Sie sich in der letzten Woche fühlten.

**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)

**Untersuchungszeitpunkt**

<input type="radio"/> vor Eingriff	<input type="radio"/> 9 Monate	<input type="radio"/> 4 Jahre	<input type="radio"/> 8 Jahre	<input type="radio"/> 12 Jahre
<input type="radio"/> 6 Wochen	<input type="radio"/> 1 Jahr	<input type="radio"/> 5 Jahre	<input type="radio"/> 9 Jahre	<input type="radio"/> 13 Jahre
<input type="radio"/> 3 Monate	<input type="radio"/> 2 Jahre	<input type="radio"/> 6 Jahre	<input type="radio"/> 10 Jahre	<input type="radio"/> 14 Jahre
<input type="radio"/> 6 Monate	<input type="radio"/> 3 Jahre	<input type="radio"/> 7 Jahre	<input type="radio"/> 11 Jahre	<input type="radio"/> 15 Jahre
				<input type="radio"/> >15 Jahre .....

Wie häufig haben Sie in der letzten Woche unter folgenden Beschwerden in der Hals-, Schulter-, Nacken-Region gelitten? Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

<b>C1. Nackenschmerzen</b>	<b>C2. Schmerzen im Arm</b>	<b>C3. Taubheit oder Kribbeln im Arm und/oder der Hand</b>	<b>C4. Schwäche des Armes und/oder der Hand</b>
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> nie
<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> selten
<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> manchmal
<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> häufig
<input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> meistens
<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> immer

Wie sehr haben Sie diese Beschwerden in der letzten Woche gestört? Bitte für jede Frage die für Sie zutreffende Antwort markieren.

<b>C5. Nackenschmerzen</b>	<b>C6. Schmerzen im Arm</b>	<b>C7. Taubheit oder Kribbeln im Arm und/oder der Hand</b>	<b>C8. Schwäche des Armes und/oder der Hand</b>
<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> überhaupt nicht
<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> gering
<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> etwas
<input type="radio"/> mässig	<input type="radio"/> mässig	<input type="radio"/> mässig	<input type="radio"/> mässig
<input type="radio"/> sehr	<input type="radio"/> sehr	<input type="radio"/> sehr	<input type="radio"/> sehr
<input type="radio"/> extrem	<input type="radio"/> extrem	<input type="radio"/> extrem	<input type="radio"/> extrem

Wie sehr haben Schmerzen Sie in der letzten Woche bei folgenden Aktivitäten beeinträchtigt? Markieren Sie bitte die Aussage, die Ihre durchschnittliche Fähigkeit am Besten beschreibt.

**C9. Sich anziehen können (in der letzten Woche)**

- Ich kann mich ohne Schmerzen selbst anziehen
- Ich kann mich selbst anziehen ohne Zunahme der Schmerzen
- Ich kann mich selbst anziehen, aber die Schmerzen verstärken sich
- Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit deutlichen Schmerzen
- Ich kann mich selbst anziehen, jedoch mit starken Schmerzen
- Wegen starker Schmerzen kann ich mich nicht selbst anziehen

**C10. Heben (in der letzten Woche)**

- Ich kann schwere Gegenstände ohne Schmerzen hochheben
- Ich kann schwere Gegenstände hochheben, doch es ist schmerzhaft
- Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann schwere Gegenstände von einem Tisch hochheben
- Schmerz hindert mich daran, schwere Gegenstände vom Boden hochzuheben, doch ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände von einem Tisch hochheben
- Ich kann aufgrund der Schmerzen nur leichte Gegenstände hochheben
- Wegen meiner Schmerzen kann ich nichts hochheben

Bitte füllen Sie die Rückseite aus!

**C11. Gehen und Laufen (in der letzten Woche)**

- Ich kann ohne Schmerzen laufen und gehen
- Ich kann problemlos gehen, aber Laufen ist schmerzhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als eine Stunde zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu gehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu gehen
- Ich bin nicht in der Lage, mehr als ein paar Schritte auf einmal zu gehen

**C13. Stehen (in der letzten Woche)**

- Ich kann solange stehen wie ich will
- Ich kann solange stehen wie ich will, aber es ist schmerzhaft
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1 Std. zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu stehen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu stehen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht stehen

**C15. Soziales Leben (in der letzten Woche)**

- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen
- Mein soziales Leben und meine Freizeit sind nicht beeinträchtigt, jedoch vermehren sie meine Schmerzen stark
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit ein
- Schmerzen schränken mein soziales Leben und meine Freizeit stark ein
- Wegen meiner Schmerzen habe ich kein nennenswertes soziales Leben und keine nennenswerte Freizeit

**C17. Sexualleben (in der letzten Woche)**

- Mein Sexualleben ist unverändert
- Mein Sexualleben ist unverändert, jedoch ist es für mich schmerzhaft
- Mein Sexualleben ist nahezu unverändert, jedoch ist es für mich sehr schmerzhaft
- Mein Sexualleben ist durch meine Schmerzen stark eingeschränkt
- Mein Sexualleben ist durch meine Schmerzen fast völlig zum Erliegen gekommen
- Schmerzen halten mich von jeglichem Sexualleben ab

**C12. Sitzen (in der letzten Woche)**

- Ich kann in jedem Stuhl sitzen, solange ich will
- Ich kann solange sitzen wie ich will, wenn ich mich in einen besonderen Stuhl setze
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als eine Stunde zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 30 Min. zu sitzen
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 10 Min. zu sitzen
- Wegen meiner Schmerzen kann ich überhaupt nicht sitzen

**C14. Schlafen (in der letzten Woche)**

- Ich schlafe gut
- Schmerzen lassen mich gelegentlich aufwachen
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf ungefähr jede zweite Nacht
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf häufig
- Schmerzen unterbrechen meinen Schlaf jede Nacht
- Ich schlafe überhaupt nie gut

**C16. Unterwegssein u. Reisen (in der letzten Woche)**

- Ich kann mich überallhin bewegen
- Ich kann mich überallhin bewegen, jedoch vermehrt es meine Schmerzen
- Die Schmerzen sind erheblich, jedoch kann ich mehr als zwei Stunden unterwegs sein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als eine Stunde ein
- Schmerzen schränken mein Unterwegssein auf weniger als 30 Minuten ein
- Wegen Schmerzen kann ich überhaupt nicht unterwegs sein

**C18. Werden Ihre Beine steif wenn Sie gehen?**

- niemals        manchmal        meistens
- selten        häufig        immer

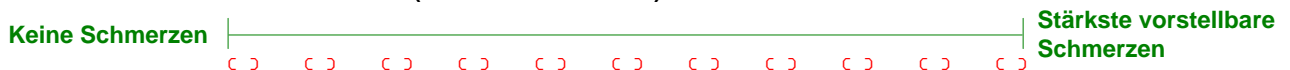
**C19. Zittern Ihre Beine, wenn Sie gehen?**

- niemals        manchmal        meistens
- selten        häufig        immer

**Visuelle Analogskala (VAS) zu den Schmerzen**

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht. Wir bitten Sie, zwischen NACKEN- und ARMSCHMERZEN zu unterscheiden.

**Wie stark waren Ihre Nackenschmerzen (in der letzten Woche)**



**Wie stark waren Ihre Arm-/Schulterschmerzen (in der letzten Woche)**



- Patientenzufriedenheit** (Nur auszufüllen beim Nachkontrollzeitpunkt)   sicher ja
- wahrscheinlich ja
- nicht sicher
- wahrscheinlich nein
- sicher nein
- Würden Sie die gleiche Operation bei gleichem Ergebnis wieder durchführen lassen?**