

Demographische Angaben

Record ID

Pat ID

(gemaess KISS)

Last name

First name

Geschlecht

- männlich
 weiblich
 divers

Geburtsdatum

Alter

(Jahre)

Email adresse

Sprache

- deutsch
 französisch

EQ-5D-5L

Jede Frage hat fünf Antworten zur Auswahl. Bitte geben Sie an, welche Antwort am besten Ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihr Team der Wirbelsäulenchirurgie am Inselspital Bern

Datum EQ-5D-5L _____

Zeitpunkt

- präoperativ
 postoperativ

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
 Ich habe leichte Probleme herumzugehen
 Ich habe mässige Probleme herumzugehen
 Ich habe grosse Probleme herumzugehen
 Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
 Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
 Ich habe mässige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
 Ich habe grosse Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
 Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
 Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
 Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
 Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte geben Sie auf der Skala den Wert an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

0 - Schlechteste

100 - Beste

Gesundheit, die

Gesundheit, die

Sie sich

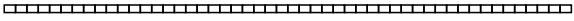
Sie sich

07/12/2024 14:29pm vorstellen

vorstellen

können

können



(Place a mark on the scale above)

Anamnese unterer Rücken

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Ihr Team der Wirbelsäulenchirurgie am Inselspital Bern

Datum Anamnese unterer Rücken _____

Bitte geben Sie ihren höchsten Bildungsabschluss an

- Keinen Abschluss
- Grundschule
- Weiterführende Schule (Realschule, Gymnasium, etc.)
- Hochschul-/ Fachhochschulabschluss

Wie ist Ihr derzeitiges Beschäftigungsverhältnis?

- arbeitsunfähig, aber nicht wegen Rücken- oder Beinschmerzen
- arbeitsunfähig wegen Rücken- oder Beinschmerzen
- nicht arbeitend und nicht arbeitssuchend (Schüler/ Studenten, Rentner, Hausmann/- frau)
- arbeitssuchend (arbeitsfähig, aber kann noch keinen Job finden)
- Beschäftigt in Teilzeit
- Beschäftigt in Vollzeit

Sind Sie derzeit krankheitsbedingt von der Arbeit abwesend

- nein
- ja, Vollzeit wegen meiner Rückenprobleme
- ja, Teilzeit wegen meiner Rückenprobleme
- ja, wegen einer anderen Erkrankung

Seit wann?

- 1 Woche oder weniger
- 1-4 Wochen
- 1-3 Monate
- 3-6 Monate
- 6-9 Monate
- 9-12 Monate
- 1-2 Jahre
- Mehr als 2 Jahre

Rauchen Sie?

- ja
- nein

Hat Ihnen ein Arzt schon einmal mitgeteilt, dass Sie eine der folgenden Erkrankungen haben?

- Ich habe keine weiteren Erkrankungen
 - Herzerkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz)
 - Bluthochdruck
 - Schmerzen in den Beinen beim Gehen aufgrund von schlechter Durchblutung
 - Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis oder Emphysem)
 - Diabetes
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - Folgen von Schlaganfall
 - Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Parkinson, Multiple Sklerose)
 - Krebserkrankungen (in den letzten 5 Jahren)
 - Depression
 - Arthritis
- (Mehrfachauswahl möglich)

Wie lange haben Sie bereits Ihre aktuellen Rückenschmerzen?

- Ich habe keine Rückenschmerzen
- weniger als 3 Monate
- 3-12 Monate
- 1-2 Jahre
- Mehr als 2 Jahre

Wie lange strahlen die Schmerzen bereits in Ihr/e Bein/e?

- Ich habe keine Schmerzen, die in mein/e Bein/e ausstrahlen
- weniger als 3 Monate
- 3-12 Monate
- 1-2 Jahre
- Mehr als 2 Jahre

Nehmen Sie aktuell eines der folgenden Medikamente ein?

- nein
- ja, regelmässig
- ja, gelegentlich

nicht-verschreibungspflichtige Schmerzmedikamente (z.B. Ibuprofen, Paracetamol, Diclofenac, Novalgin/Novaminsulfon, Aspirin)

Nehmen Sie aktuell eines der folgenden Medikamente ein?

- nein
- ja, regelmässig
- ja, gelegentlich

verschreibungspflichtige Schmerzmedikamente (z.B. Opiode oder Betäubungsmittel, z.B. Tramal, Tramadol, Tillidin)

postop

Wie ist ihre derzeitiges Beschäftigungsverhältnis?

- Arbeitsunfähig, aber nicht wegen Rücken- oder Beinschmerzen
 Arbeitsunfähig, wegen Rücken- oder Beinschmerzen
 Nicht arbeitend und nicht arbeitssuchend (Schüler/Student, Renter, Hausmann/-frau)
 Arbeitssuchend (arbeitsfähig, aber kann keinen Job finden)
 Beschäftigt in Teilzeit
 Beschäftigt in Vollzeit

Wann Sie Sie nach der Behandlung Ihrer Rückenschmerzen wieder zu Ihrer Arbeit zurückgekehrt (falls zutreffend)?

- weniger als 3 Monate
 3-6 Monate
 6-9 Monate
 9-12 Monate
 1-2 Jahre
 mehr als 2 Jahre

Arbeiten Sie aktuell wegen Ihrer Bein- oder Rückenschmerzen in einem körperlich weniger belastenden Job?

- ja
 nein

Nehmen Sie aktuell eines der folgenden Medikamente ein?
Nicht-verschreibungspflichtige Schmerzmedikamente (z.B. Ibuprofen, Paracetamol, Dicolfenac, Novalgin/Novaminsulfon, Aspirin)

- nein
 ja, regelmässig
 ja, gelegentlich

Nehmen Sie aktuell eines der folgenden Medikamente ein?
Verschreibungspflichtige Schmerzmedikamente (Opioide oder Betäubungsmittel, z.B. Tramal, Tramadol, Tillidin)

- nein
 ja, regelmässig
 ja, gelegentlich

Wurden Sie innerhalb von 3 Monaten nach Ihrer Operation, über einen Zeitraum von 6 Wochen oder länger, wegen einer tiefen Infektion am chirurgischen Eingriffsort mit Anitbiotika (Penecilline, o.ä.) behandelt?

- ja
 nein

Wurde bei Ihnen eine Lungenembolie (Blutgerinnsel in der Lunge) innerhalb von 3 Monaten nach Ihrer Operation diagnostiziert und behandelt?

- ja
 nein

Wurden Sie innerhalb von 30 Tagen nach Ihrer Rücken-Operation aus irgendeinem Grund stationär in eine Klinik aufgenommen? (Besuche in der Rettungsstelle ausgenommen)?

- ja
 nein

Hatten Sie zusätzliche Operationen im gleichen Bereich des unteren Rückens?

- ja
 nein

Bitte geben Sie an, wann diese Operation stattgefunden hat

COMI Ruecken

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihr Team der Wirbelsäulenchirurgie am Inselspital Bern

Date COMI Rücken _____

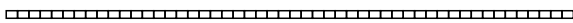
Welche Beschwerden belasten Sie am stärksten?

- Schmerzen im Rücken
- Schmerzen im Bein/ Gesäss
- Kribbeln, Taubheit oder andere Missempfindungen im Rücken/ Bein/ Gesäss
- keine der aufgeführten Beschwerden

Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche?

Bitte geben Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an.

keine Schmerzen stärkste
Schmerzen, die
ich mir
vorstellen kann

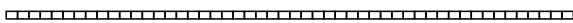


(Place a mark on the scale above)

Wie stark waren Ihre Bein-/ Gesässschmerzen in der letzten Woche?

Bitte geben Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an.

keine Schmerzen stärkste
Schmerzen, die
ich mir
vorstellen kann



(Place a mark on the scale above)

Wie stark haben Ihre Rückenbeschwerden Ihre normalen Aufgaben (Arbeit und zu Hause) in der letzten Woche beeinträchtigt?

- gar nicht
- ein wenig
- mässig
- erheblich
- sehr stark

Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit Ihren derzeitigen Rückenbeschwerden leben müssten?

- sehr zufrieden
- etwas zufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- etwas unzufrieden
- sehr unzufrieden

Bitte blicken Sie auf die letzte Woche zurück. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht
- sehr schlecht

An wievielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Ihre Rückenbeschwerden Sie gezwungen, Ihre gewohnten Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) einzuschränken?

- 0 Tage
- zwischen 1 bis 7 Tage
- zwischen 8 bis 14 Tage
- zwischen 15 bis 21 Tage
- mehr als 21 Tage

An wievielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Ihre Rückenbeschwerden Sie daran gehindert, zur Arbeit zu gehen (Arbeit, Schule, Hausarbeit)?

- 0 Tage
- zwischen 1 bis 7 Tage
- zwischen 8 bis 14 Tage
- zwischen 15 bis 21 Tage
- mehr als 21 Tage

Nach der Operation

Sind als Folge der Operation in unserer Klinik Komplikationen aufgetreten (wie z.B. Störung der Wundheilung, Lähmung, Gefühlsstörungen) ?

- ja
 nein

Wie beeinträchtigend/störend waren diese Komplikationen?

- gar nicht beeinträchtigend/störend
 ein wenig beeinträchtigend/störend
 mässig beeinträchtigend/störend
 erheblich beeinträchtigend/störend
 sehr stark beeinträchtigend/störend

Wurden Sie seit der Operation bei uns in einer anderen Klinik oder erneut bei uns an der Wirbelsäule (am mittleren/ unteren Rücken) operiert?

- nein
 ja, aber an einer anderen Stelle der Wirbelsäule
 ja, an derselben Stelle der Wirbelsäule (gleiches Segment)

Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Behandlung Ihrer Rückenbeschwerden in unserer Klinik?

- sehr zufrieden
 etwas zufrieden
 weder zufrieden noch unzufrieden
 etwas unzufrieden
 sehr unzufrieden

Wie hat Ihnen die Behandlung Ihrer Rückenbeschwerden in unserer Klinik (Operation) insgesamt geholfen?

- sehr geholfen
 geholfen
 nur wenig geholfen
 nicht geholfen
 geschadet

ODI

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Ihr Team der Wirbelsäulenchirurgie am Inselspital Bern

Date ODI

Schmerzintensität

- Ich habe momentan keine Schmerzen
- Die Schmerzen sind im Moment sehr schwach
- Die Schmerzen sind im Moment mässig
- Die Schmerzen sind im Moment ziemlich stark
- Die Schmerzen sind im Moment sehr stark
- Die Schmerzen sind im Moment so schlimm wie nur vorstellbar

Körperpflege (Waschen, Anziehen, etc.)

- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
- Meine Körperpflege durchzuführen ist schmerzhaft, und ich bin dabei langsam und vorsichtig.
- Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige aber das meiste selbst.
- Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten meiner Körperpflege.
- Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich nur mit Mühe und bleibe im Bett.

Heben

- Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber es geht, wenn diese geeignet stehen, z.B. auf dem Tisch.
- Meine Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben. Aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
- Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

Gehen

- Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0.5 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
- Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
- Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen

Sitzen

- Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.

Stehen

- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.

Schlafen

- Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
- Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.

Sexualleben

- Mein Sexualleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
- Mein Sexualleben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
- Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.

Sozialleben

- Mein Sozialleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, ausser dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport einschränken.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben ein, und ich gehe nicht mehr so oft aus.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen kein Sozialleben.

Reisen

- Ich kann überallhin reisen, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
- Auf Grund meiner Schmerzen kann ich höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
- Auf Grund von Schmerzen kann ich nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
- Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, ausser zur medizinischen Behandlung.

COMI Nacken

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihr Team der Wirbelsäulenchirurgie am Inselspital Bern

Date COMI Nacken _____

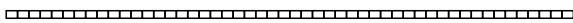
Welche Beschwerden belasten Sie am stärksten?

- Schmerzen im Nacken
- Schmerzen im Arm/Schulter
- Kribbeln, Taubheit oder andere Missempfindungen im Nacken-/Arm-/Schulterbereich
- Keine der aufgeführten Beschwerden

Wie stark waren Ihre Nackenschmerzen in der letzten Woche?

Bitte geben Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an.

keine Schmerzen stärkste
Schmerzen, die
ich mir
vorstellen kann

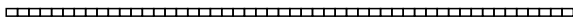


(Place a mark on the scale above)

Wie stark waren Ihre Arm - / Schulterschmerzen in der letzten Woche?

Bitte geben Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an.

keine Schmerzen stärkste
Schmerzen, die
ich mir
vorstellen kann



(Place a mark on the scale above)

Wie stark haben Ihre Nackenbeschwerden Ihre normalen Aufgaben (Arbeit und zu Hause) in der letzten Woche beeinträchtigt?

- gar nicht
- ein wenig
- mässig
- erheblich
- sehr stark

Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit Ihren derzeitigen Nackenbeschwerden leben müssten?

- sehr zufrieden
- etwas zufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- etwas unzufrieden
- sehr unzufrieden

Bitte blicken Sie auf die letzte Woche zurück. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht
- sehr schlecht

An wievielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Ihre Nackenbeschwerden Sie gezwungen, Ihre gewohnten Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) einzuschränken?

- 0 Tage
- zwischen 1 bis 7 Tage
- zwischen 8 bis 14 Tage
- zwischen 15 bis 21 Tage
- mehr als 21 Tage

An wievielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Ihre Rückenbeschwerden Sie daran gehindert, zur Arbeit zu gehen (Arbeit, Schule, Hausarbeit)?

- 0 Tage
- zwischen 1 bis 7 Tage
- zwischen 8 bis 14 Tage
- zwischen 15 bis 21 Tage
- mehr als 21 Tage

Nach der Operation

Sind als Folge der Operation in unserer Klinik Komplikationen aufgetreten (wie z.B. Störung der Wundheilung, Lähmung, Gefühlsstörungen) ?

- ja
 nein

Wie beeinträchtigend/störend waren diese Komplikationen?

- gar nicht beeinträchtigend/störend
 ein wenig beeinträchtigend/störend
 mässig beeinträchtigend/störend
 erheblich beeinträchtigend/störend
 sehr stark beeinträchtigend/störend

Wurden Sie seit der Operation bei uns in einer anderen Klinik oder erneut bei uns an der Halswirbelsäule (am Nacken) operiert?

- nein
 ja, aber an einer anderen Stelle der Halswirbelsäule
 ja, an derselben Stelle der Halswirbelsäule (gleiches Segment)

Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Behandlung Ihrer Nackenbeschwerden in unserer Klinik?

- sehr zufrieden
 etwas zufrieden
 weder zufrieden noch unzufrieden
 etwas unzufrieden
 sehr unzufrieden

Wie hat Ihnen die Behandlung Ihrer Nackenbeschwerden in unserer Klinik (Operation) insgesamt geholfen?

- sehr geholfen
 geholfen
 nur wenig geholfen
 nicht geholfen
 geschadet