

Implantat: _____ / **Prozedur :** _____

Patientenfragebogen allgemein - Cervical

Preop / (6 Wochen) / 3 Monate/ 6 Monate/ 1 Jahr/ ____ Jahre

Kursiv nur preOP

DEMOGRAPHIE – das füllt Prospine aus

Familiename, Vorname

Geburtstag

| Day ____ | Month ____ | Year ____ |
TT MM YY

Albis-Patienten-N°

| ____ | ____ | ____ |

Datum dieser Untersuchung

| Day ____ | Month ____ | Year ____ |
TT MM YY

OP Datum (nur wenn relevant für Prospine) war:

| Day ____ | Month ____ | Year ____ | (NB: Bei mehreren Implantaten mehrere möglich)
TT MM YY

EIGENANAMENSE – ab hier bitten wir Sie, liebe Patientin, lieber Patient. Sie wissen am besten, wie es Ihnen geht!

Lieber Patient, liebe Patientin,

Wir möchten Ihnen und allen unseren Patienten bestmöglich helfen! Dazu gehört eine umfassende Qualitätskontrolle. Auch mit den Mitteln der Statistik. So können wir auch über Jahre nachverfolgen und vergleichen, was wem am besten hilft.

Bitte füllen Sie daher diese Fragebögen aus. Wir wissen, dass die Fragen nicht immer Ihren Einzelfall gut treffen – dafür ist das persönliche Arztgespräch besser geeignet. Kreuzen Sie an, was am besten passt. Ggf. helfen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne.

Sie erhalten noch zwei weitere Bögen mit standardisierten Fragenkatalogen. Diese werden weltweit verwendet und machen einen Vergleich auf internationaler Ebene möglich.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geben Sie die Fragebögen **heute** einem unserer Prospine-Mitarbeiter

Dr. Bertagnoli

Dr. Fenk-Mayer

**Sie werden demnächst von uns operiert?
Dann beantworten Sie jetzt bitte diese Fragen:**

Allgemeine Gesundheit

- 1 Nichtraucher Zuckerkrankheit Bluthochdruck
 2 Raucher

Wenn Sie Nichtraucher sind:

- 1 ich habe früher geraucht
 2 ich habe nie geraucht

Wie groß sind Sie?: ___ m ___ cm
Wie schwer sind Sie ca? _____ kg

Ihre Telephonnummer ? _____

Haben sie eine emailadresse ? _____

Dies erleichtert den Kontakt zu ihnen erheblich.

**Sie haben die Operation bereits hinter sich?
Dann beantworten sie jetzt bitte diese Fragen:**

Ich bin mit der Operation und ihrem Ergebnis

- 1 sehr zufrieden
 2 zufrieden
 3 unzufrieden

Würden Sie diese Operation wiederum durchführen lassen? nein ja

Bitte beantworten sie auch folgende Fragen auf den nächsten Seiten

Schmerzintensität	
	Ich habe keine Nacken- oder Armschmerzen
	Ich habe leichte Nacken- oder Armschmerzen.
	Ich habe erträgliche Nacken- oder Armschmerzen.
	Die Nacken- oder Armschmerzen sind ziemlich stark.
	Die Nacken- oder Armschmerzen sind sehr stark.
	Die Nacken- oder Armschmerzen sind am stärksten.
Körperpflege / Selbstversorgung (Waschen, usw. kleiden.)	
	Ich kann ohne zusätzliche Schmerzen normal für mich selbst sorgen.
	Ich kann für mich selbst sorgen, erleide dabei aber zusätzliche Schmerzen.
	Ich kann unter Schmerzen für mich selbst sorgen, und muß langsam und vorsichtig vorgehen.
	Ich brauche etwas Hilfe komme aber meisten allein zurecht
	Ich brauche täglich Hilfe in vielen Bereichen meiner persönlichen Pflege.
	Ich kann mich nur mit Mühe waschen und anziehen und bleibe im Bett.
Heben	
	Ich kann schwere Gegenstände ohne zusätzliche Schmerzen heben.
	Ich kann schwere Gegenstände heben, jedoch mit zusätzlichen Schmerzen.
	Ich kann wegen der Schmerzen keine schweren Gegenstände vom Boden aufheben, aber es geht mit Gegenständen, die leicht zugänglich sind.
	Ich kann wegen der Schmerzen keine schweren Gegenstände heben, aber es geht mit leichten bis mittelschweren Gegenständen, die leicht zugänglich sind.
	Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
	Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.
Lesen	
	Ich kann lesen soviel ich will, ohne Nackenschmerzen.
	Ich kann lesen soviel ich will mit leichten Nackenschmerzen.
	Ich kann lesen soviel ich will mit mittelschweren Nackenschmerzen..
	Ich kann nicht lesen soviel ich will wegen mittelschwerer Nackenschmerzen..
	Ich kaum lesen wegen starker Nackenschmerzen..
	Ich kann überhaupt nicht lesen wegen starker Nackenschmerzen.
Kopfschmerzen	
	Ich habe keine Kopfschmerzen .
	Ich habe selten leichte Kopfschmerzen.
	Ich habe selten mittelschwere Kopfschmerzen.
	Ich habe oft mittelschwere Kopfschmerzen..
	Ich habe oft schwere Kopfschmerzen.
	Ich habe fast immer schwere Kopfschmerzen..

Konzentration	
	Ich kann mich mühelos konzentrieren, wenn ich will.
	Ich kann mich konzentrieren, aber mit etwas Mühe.
	Ich kann mich mit gewisser Schwierigkeit konzentrieren.
	Ich kann mich konzentrieren, aber mit erheblicher Anstrengung.
	Ich kann mich kaum konzentrieren, nur wenn ich mich besonders anstrenge.
	Ich kann mich überhaupt nicht konzentrieren
Arbeit	
	Ich kann so viel Arbeit erledigen, wie ich will.
	Ich kann so lange wie üblich tätig sein, aber nicht länger.
	Ich kann den größeren Teil meiner üblichen Arbeit erledigen, aber nicht mehr.
	Ich kann nur bestimmte Dinge tun.
	Ich muß mich besonders anstrengen, auch bei der Durchführung kurzer Arbeiten.
	Ich kann überhaupt nicht arbeiten.
Fahren	
	Ich kann ohne Nackenschmerzen überall hinfahren.
	Ich kann überall hinfahren, aber mit leichten Nackenschmerzen.
	Ich kann überall hinfahren, aber mit mittelschweren Nackenschmerzen.
	Ich kann nicht so lang fahren, wie ich will, wegen der mittelschweren Nackenschmerzen.
	Wegen der starken Nackenschmerzen kann ich kaum fahren.
	Ich kann überhaupt nicht fahren.
Schlafen	
	Ich kann ohne Medikamente gut schlafen.
	Wegen der Schmerzen wird mein Schlaf für weniger als 1 Stunde unterbrochen.
	Nachts wache ich auf und kann 1-2 Stunden nicht mehr einschlafen.
	Ich wache auf und kann 2-3 Stunden nicht mehr einschlafen.
	Ich wache auf und kann 3-5 Stunden nicht mehr einschlafen.
	Ich kann vor Schmerzen kaum schlafen (5-7 Stunden schlaflos).
Privatleben	
	Ich kann privaten Aktivitäten normal und ohne Schmerzen nachgehen.
	Ich kann privaten Aktivitäten normal, aber unter leichten Schmerzen nachgehen.
	Wegen der Nackenschmerzen kann ich nicht immer meinen privaten Aktivitäten nachgehen.
	Wegen der Nackenschmerzen gehe ich selten aus.
	Wegen der Nackenschmerzen gehe ich kaum aus.
	Ich kann wegen der Schmerzen überhaupt keinen privaten Aktivitäten nachgehen.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- viel besser
- besser
- gleich
- schlechter
- viel schlechter

3. Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. mehrere Stockwerke steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ein Stockwerk steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei der Durchführung anderer Tätigkeiten (z.B. ich musste mich besonders anstrengen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

- überhaupt nicht
- etwas
- mäßig
- ziemlich
- sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- ich hatte keine Schmerzen
- sehr leicht
- leicht
- mäßig
- stark
- sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- überhaupt nicht
- etwas
- mäßig
- ziemlich
- sehr

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

		immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
a. ...	voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
b. ...	sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
c. ...	so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
d. ...	ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
e. ...	voller Erfolg?	<input type="checkbox"/>					
f. ...	entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
g. ...	erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
h. ...	glücklich?	<input type="checkbox"/>					
i. ...	müde?	<input type="checkbox"/>					

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt ?

- immer
- meistens
- manchmal
- selten
- nie

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich erwarte, daß sich meine Gesundheit verschlechtert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nochmals Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!