

Implantatregister SIRIS Wirbelsäule  
**Patientenbefragung vor der Operation** (Fragen 1–7, 12–18)  
**und nach der Operation** (alle Fragen 1–17)

Wir wollen die Qualität unserer Behandlung bewerten und benötigen dazu Ihre Unterstützung.  
Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen vor und nach Ihrer Operation auszufüllen.

Patientenetikette / Patienten ID	Befragung vor oder nach der Operation (bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> vor	<input type="radio"/> nach				
	ausgefüllt am (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Unterschrift des Patienten	<input type="text"/>					

**Rückenbeschwerden** können zu Rückenschmerzen und/oder Schmerzen im Gesäss, Bein oder Fuss sowie zu Kribbeln, Taubheit oder anderen Missempfindungen im Rücken, Gesäss, Bein oder Fuss führen.

Für die folgenden zwei Fragen bitten wir Sie die Intensität Ihrer Schmerzen auf einer Skala zwischen 0 und 10 anzugeben, wobei 0 = keine Schmerzen und 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen bedeutet. Wir bitten Sie, zwischen **Rücken-** und **Bein-**schmerzen zu unterscheiden.

**1. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche?**

keine Schmerzen stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

keine Schmerzen stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**3. 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

**4. 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

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

sehr gut gut mittelmässig schlecht sehr schlecht

6. An wievielen Tagen in **den letzten vier Wochen** haben Ihre Rückenbeschwerden Sie gezwungen, Ihre **gewöhnliche Tätigkeiten** (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten)  **einzuschränken**?

0 Tage      zwischen 1 und 7 Tagen      zwischen 8 und 14 Tagen      zwischen 15 und 21 Tagen      mehr als 21 Tage

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

0 Tage      zwischen 1 und 7 Tagen      zwischen 8 und 14 Tagen      zwischen 15 und 21 Tagen      mehr als 21 Tage

**Die Fragen 8 – 11 sind nur in der Patientenbefragung nach der Operation zu beantworten!**

8a. Sind **als Folge der Operation in unserer Klinik Komplikationen** aufgetreten?

(wie z.B. Störung der Wundheilung, Lähmung, Gefühlsstörung)

nein

ja

wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

8b. Wenn **ja in Frage 8a**, wie beeinträchtigt / störend waren diese Komplikationen?

gar nicht

ein wenig

mässig

erheblich

sehr stark

9. Wurden Sie **seit der Operation erneut in einer anderen Klinik oder 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)

10. 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

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

sehr geholfen

geholfen

nur wenig geholfen

nicht geholfen

geschadet

Implantatregister SIRIS Wirbelsäule  
**Patientenbefragung vor der Operation** (Fragen 1–7, 12–18)  
**und nach der Operation** (alle Fragen 1–17)

**12. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. Alltägliche 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

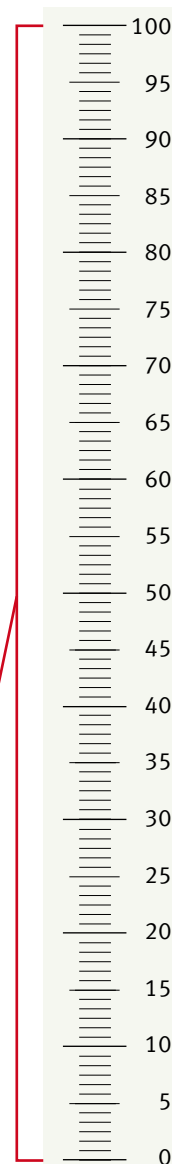
**16. Angst / Niedergeschlagenheit**

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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Wir würden gerne wissen, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Sie sehen rechts eine Skala die mit Zahlen von 0 bis 100 versehen 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 an, wie es um Ihre Gesundheit **HEUTE** steht.

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Ihre Gesundheit HEUTE

Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

**18. Ihr Ausbildungsniveau (nur einmal, in der Patientenbefragung vor der Operation zu beantworten)**

bis zu 9 Jahre Ausbildung (obligatorische Schule)	10 bis 13 Jahre Ausbildung (Berufsleute, Fachmittelschule, Gymnasium)	mehr als 13 Jahre Ausbildung (Universität, ETH, Fachhochschule)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>