



Hausärztliche Arbeitsmethodik

Hinweise zur strukturierten Anamneseerhebung

Patientenfragebögen können das Arbeiten in der Hausarztpraxis unterstützen, indem sie standardisiert z.B. folgende Punkte abfragen: Abwendbar gefährliche Verläufe, Dauer und Stärke der Beschwerden, bereits erfolgte Diagnostik, bereits erfolgte Therapieversuche. Zudem besteht die Möglichkeit, dies einfach zu dokumentieren.

Der Rückenschmerzfragebogen und der Kopfschmerzfragebogen ist in erster Linie für Patienten gedacht, die mit einer zweiten oder dritten Schmerzepisode in die Praxis kommen.

Folgende Patientenfragebögen liegen vor:

- Rückenschmerzfragebogen
- Kopfschmerzfragebogen



Rückenschmerzfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, uns bei ihrer Behandlung zu unterstützen. Wiederholt auftretende Rückenschmerzen können verschiedenste Ursachen haben. Füllen Sie uns bitte diesen Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen bestmöglich und gezielt helfen können.

Name/Vorname: _____ Patienten ID: _____ Datum: _____

Bitte beschreiben Sie den Rückenschmerz:

- Schmerzen ausschließlich im Rückenbereich
 - Ausstrahlung in Oberschenkel
 - Ausstrahlung bis in Unterschenkel
 - Ausstrahlung in die Schultern/Nacken/Arm
 - erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit
 - Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit
 - oder (kurz in eigenen Worten): _____
- _____
- _____

Bitte zeichnen Sie hier die Schmerzzone ein:



Auslöser der Rückenschmerzen:

- schwer gehoben
- Stress
- Rückenbelastende Arbeit
- Sturz
- andere, nämlich: _____

Seit wann haben Sie die Rückenschmerzen?

Stunden _____ Tage _____ Wochen _____ Jahre _____

Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Mon.) haben Sie Rückenschmerzen? _____

Sind Sie zwischen den Rückenschmerzphasen komplett schmerzfrei? Ja Nein

Wie stark sind Ihre Rückenschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0–10?

(0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) _____

Wie stark ist ihre körperliche Belastung an ihrem Arbeitsplatz? Gering Sehr stark

Wieviel Tage waren Sie aufgrund der Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig? _____

Zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit (Stunden/Woche): _____



Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Arbeitsplatz?

Sehr zufrieden Gar nicht zufrieden

Treten Lähmungen/Gefühlsstörungen auf?

Ja, und zwar im _____ Nein

Waren Sie wegen der Rückenschmerzen schon bei einem Spezialisten (Orthopäde; Neurochirurg)?

Ja, bei _____ Nein

Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Rücken durchgeführt?

	Wann?	Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Computertomographie (CT)	_____	<input type="checkbox"/> Unauffällig	<input type="checkbox"/> Auffällig
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT)	_____	<input type="checkbox"/> Unauffällig	<input type="checkbox"/> Auffällig
<input type="checkbox"/> Röntgen	_____	<input type="checkbox"/> Unauffällig	<input type="checkbox"/> Auffällig

Welche Medikamente nehmen Sie gegen die Rückenschmerzen?

Name des Medikaments:	Dosierung:	Wirksamkeit:		
_____	_____	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Schlecht
_____	_____	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Schlecht

An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel ein?

Weniger als 5 6-10 10-15 Mehr als 15

Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie (anderer Erkrankungen) eingenommen?

Name des Medikaments:	Dosierung:	Wirksamkeit:		
_____	_____	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Schlecht
_____	_____	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Schlecht

Haben Sie andere Behandlungen wegen der Rückenschmerzen erhalten (z. B. Akupunktur; Krankengymnastik)?

Nein Ja, folgende: _____

Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? Ja Nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift des Patienten