

Fragebogen: Wirbelsäule und Rücken

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Allgemeine Angaben:

Größe cm	Gewicht kg
---	---

2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall operiert | <input type="checkbox"/> Blockierung (<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS) |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall nicht operiert | <input type="checkbox"/> Fehlhaltung |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (_____ cm) |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) | <input type="checkbox"/> Wirbelbruch |
| <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung („Verschleiß“) | <input type="checkbox"/> Überlastung |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Zerrung/Verstauchung |
| <input type="checkbox"/> angeborene Veränderungen | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann |
| <input type="checkbox"/> Skoliose mit Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Skoliose ohne Beschwerden | <input type="checkbox"/> Verspannung |
| <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

3. Bestehen oder bestanden weitere Nebendiagnosen?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Ja Welche (bitte ankreuzen): | <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

4. Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

5. Wie oft treten die Beschwerden auf und in welchem Umfang?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | wann: _____ | Dauer: _____ |
| <input type="checkbox"/> wiederholt | wann erstmalig: _____ | letztmalig am: _____ |
| | Häufigkeit: _____ | |
| <input type="checkbox"/> dauernd | wann erstmalig: _____ | |

6. Handelt es sich um ein akutes oder chronisches Leiden bzw. besteht die Tendenz zur Chronifizierung?

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | weitere Angaben: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | von: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

Fragebogen: Wirbelsäule und Rücken

B

8. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name

Dosierung

Einnahme seit

abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen:

Röntgenuntersuchung: | Ergebnis: _____

Computer-/Kernspintomografie | Ergebnis: _____

Ultraschall | Ergebnis: _____

Sonstiges | Ergebnis: _____

Behandlungen:

Massage/Fango

Krankengymnastik

Akupunktur

Chirotherapie

Injektionen/Neuraltherapie

Absatzerhöhung/orthopädische Einlagen

Sonstiges: _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____

OP angeraten | wann: _____ Art: _____

Sonstiges: _____

Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____

Aufenthalt angeraten: _____

Sonstiges: _____

Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: _____ bis: _____

Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde