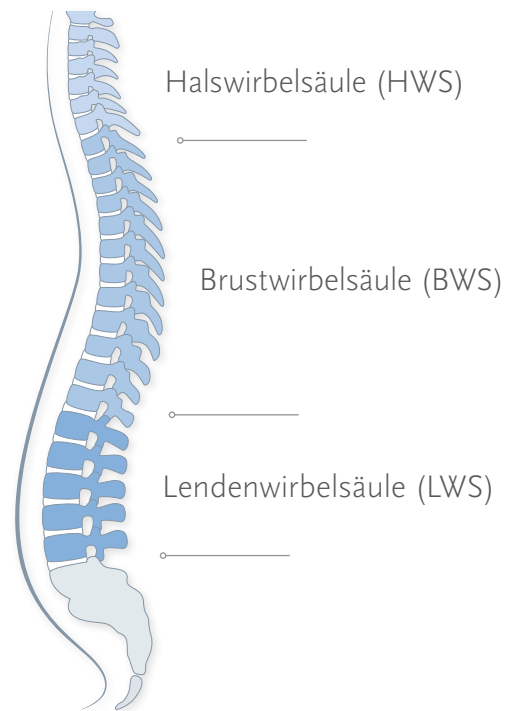


Checkliste

Vorbereitung auf das Arztgespräch bei Rückenschmerzen

Folgende Fragen helfen, sich bestmöglich auf das Arztgespräch vorzubereiten. Je mehr die Ärztin bzw. der Arzt über die Symptome und möglichen Ursachen weiß, desto besser kann eine Diagnose erstellt werden.

Einfach ausfüllen und zum Termin mitnehmen.



Welche Symptome treten bei Dir auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Bewegung, wie z. B. Bücken | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Sitzen | <input type="checkbox"/> Kribbeln in den Beinen und Füßen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen nachts beim Liegen | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Muskulatur | <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen und -verhärtungen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Sport | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei bestimmten Tätigkeiten, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen, die ins Bein strahlen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Plötzlich stechender Schmerz | _____ |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der aufrechten Haltung | |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Beweglichkeit | |

In welchem Bereich der Wirbelsäule hast Du Schmerzen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oberer Bereich / Nacken / Schultern | <input type="checkbox"/> Unterer Bereich / Lendenwirbel |
| <input type="checkbox"/> Mittlerer Bereich / Brusthöhe | <input type="checkbox"/> Unterer Bereich / Schmerz zieht in die Beine |

Seit wann hast Du Rückenschmerzen?

Wie oft treten die Schmerzen zurzeit auf?

Werden die Schmerzen bei bestimmten Aktivitäten stärker oder geringer?

Stärker bei _____ Geringer bei _____

Inwiefern beeinträchtigen die Schmerzen Dein Leben?

Beeinträchtigungen bei _____

Ist ein Unfall/Sturz o.Ä. die Ursache?

Nein Ja, und zwar: _____

Gab es eine Operation am Rücken?

Nein Ja, und zwar: _____

Gibt es frühere Verletzungen?

Nein Ja, und zwar: _____

Wie sieht Dein Arbeitsalltag aus?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich arbeite hauptsächlich im Stehen. | <input type="checkbox"/> Ich muss stark belastende Tätigkeiten ausüben. |
| <input type="checkbox"/> Ich arbeite meistens im Sitzen. | <input type="checkbox"/> Ich führe hauptsächlich monotone Bewegungen aus. |
| <input type="checkbox"/> Ich muss oft schwere Lasten heben. | <input type="checkbox"/> Ich bewege mich sehr viel am Arbeitsplatz. |
| <input type="checkbox"/> Ich muss sehr viel Auto fahren. | |

Wie sieht Deine Freizeit aus?

- Ich bewege mich wenig.
- Ich treibe regelmäßig Sport, und zwar: _____
- Ich betreibe intensiv Sport, und zwar: _____

Hast Du chronische Erkrankungen?

Nein Ja, und zwar: _____