Dr. med. Katrin Pietzarka · Fachärztin für Radiologie
Thomas Stenzel · Facharzt für Radiologie

Gemeinschaftspraxis
Radiologie
Freital · Dippoldiswalde

Schmerzfragebogen – LWS

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: ....

1. Haben Sie Rückenschmerzen?

☐ ja ☐ nein

2. Haben Sie Beinschmerzen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? ☐ rechts ☐ links ☐ beide

3. Wie ist das Verhältnis Rücken- zu Beinschmerzen in %:

Rücken: ..... % Bein: ..... %

4. Wann haben Sie Beschwerden?

☐ ständig ☐ beim Laufen ☐ beim Sitzen ☐ nachts

5. Rückenschmerzen seit:

Tagen: ..... Monaten: ..... Jahren: .....

a) ☐ erstmals ☐ sich wiederholend ☐ ständig
b) ☐ langsam zunehmend ☐ plötzlich auftretend

6. Beinschmerzen seit:

Tagen: ..... Monaten: ..... Jahren: .....

a) ☐ erstmals ☐ sich wiederholend ☐ ständig
b) ☐ langsam zunehmend ☐ plötzlich auftretend
c) ☐ bis zum Gesäß ☐ bis zum Knie ☐ unterhalb d. Knies
d) ☐ vorn in die Leiste ziehend ☐ vorn in den Oberschenkel ziehend
☐ seitlich ausstrahlend ☐ hinten ausstrahlend

7. Werden die Beinschmerzen durch Laufen verstärkt?

☐ ja ☐ nein

8. Wie lang ist die Wegstrecke?

☐ < 100m ☐ < 500m ☐ < 1000m ☐ > 1000m

9. Wird der Beinschmerz durch Vorüberneigen gebessert?

a) beim Sitzen ☐ ja ☐ nein

a) beim Stehen ☐ ja ☐ nein

10. Haben Sie einen Kraftverlust im Bein?

☐ ja ☐ nein

11. Haben Sie einen Gefühlsstörungen im Bein?

☐ ja ☐ nein

12. Bisherige Behandlungen?

☐ Massage ☐ Wärme ☐ Spritzen ☐ Krankengymnastik

☐ manuelle Medizin ☐ Medikamente: .....

☐ Elektrotherapie ☐ Akupunktur ☐ sonstige

13. Arbeiten Sie:

☐ im Stehen ☐ im Sitzen ☐ im Fahrzeug

14. Wieviel Stunden arbeiten Sie täglich?

☐ 1 – 4 ☐ 5 – 8 ☐ 9 – 12 ☐ 13 – 18

15. Wie lange befinden Sie sich wegen Rückenschmerzen schon in ärztlicher Behandlung?

.....

16. Wie lange waren Sie wegen der Rücken- oder Beinschmerzen schon arbeitsunfähig?

.....

17. Läuft bei Ihnen deshalb ein Rentenverfahren?

☐ ja ☐ nein

18. Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Bein	☐ keine	☐ wenig	☐ erträglich	☐ sehr unanagenehm
Rücken	☐ keine	☐ wenig	☐ erträglich	☐ sehr unanagenehm
gesamt	☐ keine	☐ wenig	☐ erträglich	☐ sehr unanagenehm

19. Allergie: ..... Diabetes: ..... Hyperthyreose: .....

KM-Reaktionen: ..... OPs: .....

Vom Arzt auszufüllen:

21. CT/MRT vom: ..... Hauptetage: .....

Befund: