

Name	Fragebogen – Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
Version	



SODRUCK(FALL)

**DRUCK(PATADR2) DRUCK(PATNAM),
geb. am DRUCK(PATGEB)**

Bremen, DRUCK(DATUM)

Rückenschmerz - Fragebogen – Beeinträchtigungsmessung zur Betreuung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Er soll uns darüber informieren, wie Ihre Rücken- (oder Bein-)probleme Ihre Fähigkeit beeinflussen, den Alltag zu bewältigen. Wir bitten Sie, jeden Abschnitt zu beantworten. Kreuzen Sie in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die Sie heute am besten beschreibt.

A. Schmerzstärke

- [0] Ich habe momentan keine Schmerzen.
- [1] Die Schmerzen sind momentan sehr schwach.
- [2] Die Schmerzen sind momentan mäßig.
- [3] Die Schmerzen sind momentan ziemlich stark.
- [4] Die Schmerzen sind momentan sehr stark.
- [5] Die Schmerzen sind momentan so schlimm wie nur vorstellbar.

B. Körperpflege (Waschen, Anziehen etc.)

- [0] Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- [1] Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
- [2] Meine Körperpflege durchführen ist schmerzhaft, und ich bin langsam und vorsichtig.
- [3] Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige das meiste aber selbst.
- [4] Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten der Körperpflege.
- [5] Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.

C. Heben

- [0] Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass Schmerzen dadurch stärker werden.
- [1] Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- [2] Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber es geht, wenn sie geeignet stehen (z.B. auf dem Tisch).
- [3] Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
- [4] Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- [5] Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

D. Gehen

- [0] Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
- [1] Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
- [2] Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0,5 km zu gehen.
- [3] Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
- [4] Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
- [5] Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

Dateiname	FB_Fragebogen_ODI	Geltungsbereich	Allgemein
Dateipfad	\\l-fs-reha-01\daten\Reha\Prozesse Patientenversorgung übergreifend\Aufnahme, Anamnese und Diagnostik\Formulare		
Bearbeitet von	IT (MAE)		
Gültig ab	31.08.2011	zuletzt Aktualisiert	04.10.2016

Name	Fragebogen – Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
Version	

E. Sitzen

- [0] Ich kann auf jedem Stuhl solange sitzen, wie ich möchte.
- [1] Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl solange sitzen, wie ich möchte.
- [2] Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
- [3] Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
- [4] Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
- [5] Schmerzen hindern mich daran, überhaupt am Sitzen.

F. Stehen

- [0] Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- [1] Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- [2] Die Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
- [3] Die Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
- [4] Die Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
- [5] Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.

G. Schlafen

- [0] Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
- [1] Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
- [2] Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
- [3] Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
- [4] Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
- [5] Schmerzen hindern mich überhaupt zu schlafen.

H. Sexualität

- [0] Mein Sexualleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- [1] Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- [2] Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
- [3] Mein Sexualleben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
- [4] Ich habe aufgrund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
- [5] Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.

I. Soziale Kontakte, Teilhabe am sozialen Leben

- [0] Mein Sozialleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- [1] Mein Sozialleben ist normal, aber verstärkt die Schmerzen.
- [2] Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, außer dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport, einschränken.
- [3] Schmerzen schränken mein Sozialleben ein, und ich gehe nicht mehr häufig aus.
- [4] Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
- [5] Ich habe aufgrund von Schmerzen kein Sozialleben.

J. Reisen

- [0] Ich kann überall reisen, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- [1] Ich kann überall reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- [2] Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
- [3] Ich kann aufgrund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
- [4] Ich kann aufgrund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
- [5] Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, außer zur medizinischen Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Dateiname	FB_Fragebogen_ODI	Geltungsbereich	Allgemein
Dateipfad	\\l-fs-reha-01\daten\Reha\Prozesse Patientenversorgung übergreifend\Aufnahme, Anamnese und Diagnostik\Formulare		
Bearbeitet von	IT (MAE)		
Gültig ab	31.08.2011	zuletzt Aktualisiert	04.10.2016