

**Institut für Radiologie der Augusta-Kranken-Anstalt Bochum**  
**Chefarzt Prof. Dr. Bollow**

Fragebogen „Rückenschmerzen/Wirbelsäule“

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Name:                          | Vorname: |
| Geburtsdatum:                  |          |
| Überweiser/ behandelnder Arzt: |          |
| Untersuchungsdatum:            |          |

**Bitte vom Patienten auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen**

**Angaben zu aktuellen Beschwerden – was für Beschwerden haben Sie und wie äussern sie sich?**

- Leiden Sie unter Rückenschmerzen?  ja  nein
- Liegt ein tiefer Kreuzschmerz vor?  ja  nein
- Schmerzstärke der letzten 4 Wochen (0=keine, 10=unterträgliche Schmerzen)?

**Bitte ankreuzen:**

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

- Beginn der Schmerzen vor dem 45. Lebensjahr?  ja  nein  
Seit wann? \_\_\_\_\_
- allmählicher Schmerzbeginn?  ja  nein
- schneller Schmerzbeginn?  ja  nein
- Schmerzen länger als 3 Monate anhaltend?  ja  nein
- Schmerzen in Ruhe (z.B. morgens)?  ja  nein
- nächtliches Erwachen durch die Schmerzen?  ja  nein
- Schmerzen bei Belastung  
(nach Laufen, Gehen, Bücken oder Heben)?  ja  nein
- Morgensteifigkeit von mehr als 30 Minuten  
im Rücken und Kreuz?  ja  nein
- Linderung der Schmerzen durch Bewegung?  ja  nein
- Linderung der Schmerzen durch Ruhe (nach Hinlegen)?  ja  nein
- wechselnder (alternierender) Gesäßschmerz?  ja  nein
- Schmerzausstrahlung in Beine, Arme?  ja  nein
- Welche Seite? rechts, links (bitte einkreisen)
- Wenn ja, bis zu den: (bitte unterstreichen)  
Oberschenkeln----Knien----Unterschenkeln----Sprunggelenken----Zehen  
Oberarmen----Unterarmen-----Händen-----Fingern (welche Seite? links/rechts)

- Linderung durch entzündungshemmende Medikamente (z.B. Voltaren)?  ja  nein

Welche Medikamente haben Ihnen geholfen? \_\_\_\_\_

- erhöhte Entzündungsparameter (CRP, Blutsenkung)?  ja  nein  
➤ ist das HLA B27 bei Ihnen positiv getestet?  ja  nein  
➤ Sind Röntgenveränderungen an Ihren Kreuzdarmbeingelenken oder an der Wirbelsäule bekannt?  ja  nein

Wurden computertomographische oder kernspintomographische Untersuchungen durchgeführt?  ja  nein  
Wann und wo wurden solche Untersuchungen durchgeführt?  
\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Morbus Bechterew?  ja  nein  
➤ Schuppenflechte (Psoriasis)?  ja  nein  
➤ Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa? (entzündl. chron. Darminfektion)  ja  nein  
➤ Litten Sie unter urogenitalen Infektionen (Nieren, Blase, Harnwege)?  ja  nein  
➤ Litten Sie unter schweren gastrointestinalen Infektionen?  ja  nein  
➤ Litten Sie unter entzündlichen Augenerkrankungen (Uveitis, Iritis)?  ja  nein  
➤ Liegt bei Ihnen eine familiäre „Rheuma-Belastung“ vor?  ja  nein  
➤ Sind Tumor-/Krebserkrankungen bei Ihnen bekannt?  ja  nein

**Bitte unterstreichen**

Vater – Mutter – Großvater – Großmutter – Tante – Onkel

- Wenn ja, welche? Morbus Bechterew?  ja  nein  
Schuppenflechte?  ja  nein  
Regenbogenhautentzündung (Uveitis)?  ja  nein  
Reaktive Arthritis (z.B. Morbus Reiter)  ja  nein  
Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa?  ja  nein

➤ Sind Operationen an Wirbelsäule oder Becken durchgeführt worden?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Unfall oder eine Sportverletzung?  ja  nein

Wenn ja, welche Verletzung?  
\_\_\_\_\_

**Bei Frauen:**

- Haben Sie Kinder geboren?  ja  nein
- Wenn ja, wie viele? 1 2 3 4 5
- Litten Sie nach den Entbindungen unter Schmerzen im Beckengürtel?  ja  nein
- Wurde eine Schambein- bzw. Symphysen-Sprengung festgestellt?  ja  nein