

Johannes - Gutenberg Universität Mainz
Institut für Sportwissenschaft / Fachbereich 02
Abteilung Sportmedizin, Prävention und Rehabilitation
Leitung: Prof. Dr. K. Jung
Fragebogen von: Julia Greiselis

Fragebogen zur Praxisstudie zur Effektivität des moving-Konzeptes bei Patienten mit akuten Wirbelsäulenproblemen

1) Persönliche Angaben

Name(*):

Anschrift

Straße / Hausnr.:

Geschlecht:

PLZ / Ort:

Tel:

Fax:

e-Mail:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Hobbies:

Gesundheitszustand:

1. Wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	
Sehr gut	
Gut	
Weniger gut	
Schlecht	

2. Wie häufig waren Sie in den letzten vier Wochen....

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung						
voller Energie						
erschöpft						
müde						

3. Wie oft treiben Sie Sport?

Sportliche Betätigung	ja	nein
regelmäßig, mehr als 4 Stunden pro Woche		
regelmäßig, mehr als 2 Stunden pro Woche		
regelmäßig, 1-2 Stunden pro Woche		
weniger als 1 Stunde pro Woche		
keine Sportliche Betätigung		

Wenn ja, welche Sportart üben Sie aus?

4. Wie lange sind Sie an Werktagen normalerweise zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs, wie z.B. Spazieren gehen, Weg zur Arbeit, Einkaufen etc.?

mehr als 60 Minuten	
30 bis 60 Minuten	
15 bis 30 Minuten	
weniger als 15 Minuten	

5. Welche Schmerzen traten bei Ihnen in den letzten 7 Tagen bzw. 3 Monaten auf?

...in den letzten 3 Monaten:

	ja	nein
1. Kopfschmerzen		
2. Schmerzen im Gesicht, Kaumuskulatur, Kiefer, Ohr		
3. Nackenschmerzen		
4. Schulterschmerzen		
5. Rückenschmerzen		
6. Schmerzen im Brustkorb		
7. Bauchschmerzen		
8. Hüftschmerzen		
9. Unterleibsschmerzen		
10. Schmerzen in den Beinen oder Füßen		

...in den letzten 7 Tagen:

	ja	nein
1. Kopfschmerzen		
2. Schmerzen im Gesicht, Kaumuskulatur, Kiefer, Ohr		
3. Nackenschmerzen		
4. Schulterschmerzen		
5. Rückenschmerzen		
6. Schmerzen im Brustkorb		
7. Bauchschmerzen		
8. Hüftschmerzen		
9. Unterleibsschmerzen		
10. Schmerzen in den Beinen oder Füßen		

6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt?

1	2	3	4	5	6	7
kein Schmerz	sehr leichter Schmerz	leichter Schmerz	mittelstarker Schmerz	starker Schmerz	sehr starker Schmerz	stärkster vorstellbarer Schmerz

7. In welcher Form treten die Beschwerden bei ihnen auf?

	ja	nein
Schmerz		
Taubheit		
Lähmung		
Bewegungseinschränkung		
Missempfinden		

8. Wo treten Ihre Rückenschmerzen auf?

	ja	nein
HWS		
BWS		
LWS		

9. An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 3 Monaten Rückenschmerzen?

10. An wie vielen Tagen konnten Sie, in den letzten 3 Monaten, aufgrund von Rückenschmerzen nicht ihren üblichen Aktivitäten nachgehen? (Arbeit, Haushalt,...)

11. In welchen Maßen haben Ihre Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinflusst?

gar nicht	
kaum	
etwas	
häufig	
immer	

12. Haben Sie, in den letzten 3 Monaten, auf Grund Ihrer Rückenschmerzen einen Arzt aufgesucht?

Ja _____ , nein _____

Wenn ja, wie häufig? _____

13. Wie oft führen Sie Ihre moving Übungen durch?

2-3 mal täglich	
1 mal täglich	
4-6 mal wöchentlich	
2-3 mal wöchentlich	
1 mal wöchentlich	
ab und zu, unregelmäßig	

14. Wie fühlen Sie sich nachdem Sie ihre moving- Übungen durchgeführt haben?

15. Warum führen Sie Ihre moving- Übungen regelmäßig bzw. unregelmäßig durch?

Regelmäßig, o weil

Unregelmäßig, o weil

Beweglichkeitstests:
Durchführung und Dokumentation von Physiotherapeuten oder Orthopäden.
Zu Beginn der Studie (bei der ersten Befragung) und am Ende der Studie (nach sechs Monaten).

Name des Patienten(*):

1) Tests zur Beweglichkeit der LWS (Messung in **cm**):

Ante-Retroversion

Finger-Boden-Abstand: _____cm

Schober – Zeichen: _____cm (von S1 10cm nach kranial)

Lateralflexion

Finger-Knie-Abstand: _____cm

2) Tests zur Beweglichkeit der BWS (Messung in **cm**):

Ante-Retroversion

Ott – Zeichen: _____cm (von C 7 10 cm nach kaudal)

3) Tests zur Beweglichkeit der HWS (Messung in **cm**):

Ante-Retroversion

Kinn-Brustbeinabstand: _____cm

Lateralflexion

Ohr-Schulter-Abstand: _____cm

4) Rotationsfähigkeit der BWS/LWS (Messung in **Grad**):

Seitdrehen nach rechts und link	Rechts	_____°
	Links	_____°

5) Rotationsfähigkeit der HWS (Messung in **Grad**):

Drehung der HWS nach rechts und links	Rechts	_____°
	Link	_____°

* = Name des Patienten wird nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergeleitet. Dient ausschließlich der Zuordnung der einzelnen Bögen.