

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 30.12.77 Alter: 39
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 160
 4. Gewicht: 52,9 5. BMI: 19,88
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 84,5 cm
 Orthesengröße: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

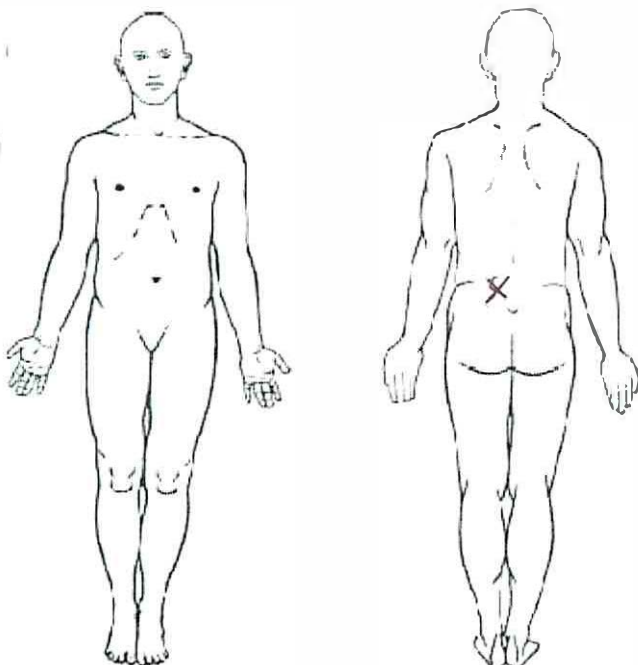
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☒ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

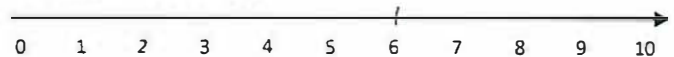
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☒ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

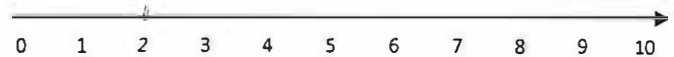
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

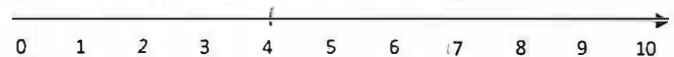
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☒ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche Ibuprofen 400
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☐ ja

☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

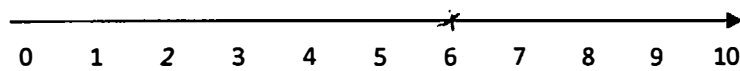
165

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



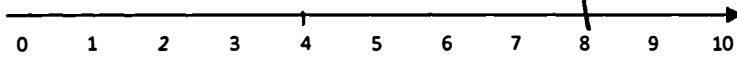
im liegen

HK

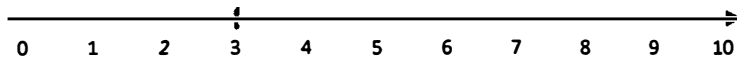
Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen. Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

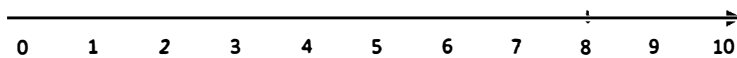
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



in Rigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 24.10.65 Alter: 45
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 164
 4. Gewicht: 69,3 S. BMI: 25,77
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 96,5 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

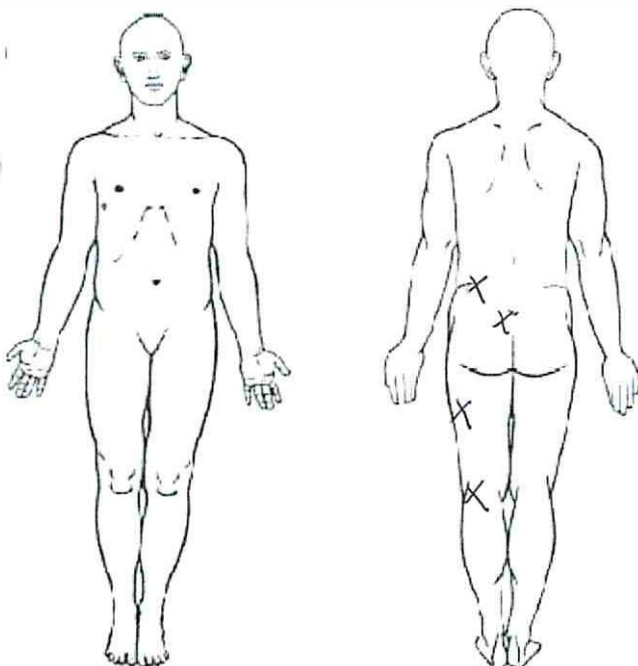
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

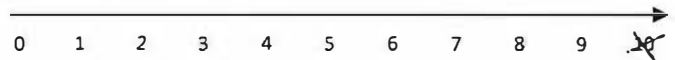
- ☐ dumpf ☐ drückend ☒ pochend
☐ klopfend ☒ stechend ☐ ziehend
☐ heiß ☒ brennend ☒ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

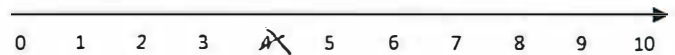
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

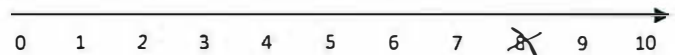
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Parkal 1-0-1
 Berolona Tpf. 3+40 6.B.

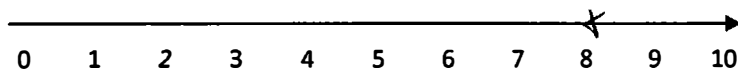
Handwritten signature.

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



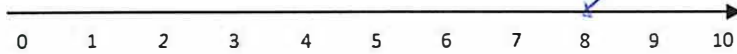
HS

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

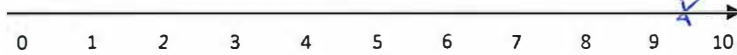
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

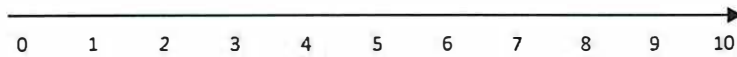
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 28.10.62 Alter: 49
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 170
 4. Gewicht: 80 5. BMI:
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 93 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

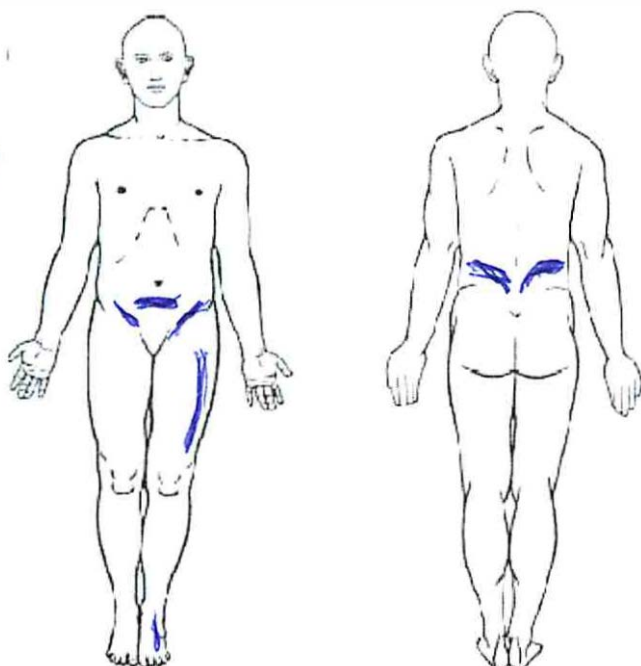
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

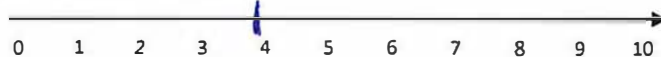
- ☒ dumpf ☒ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

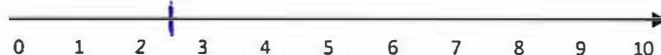
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

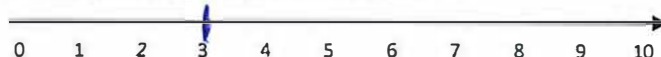
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☒ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

* KATADOLON 5-Long 1 Bed
 * Cymbalta 7x tgl.

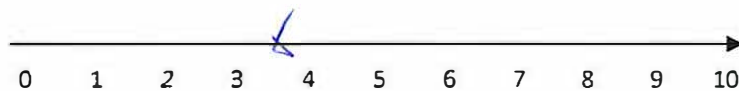
Han

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



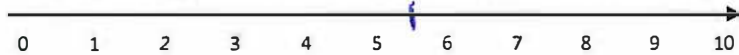
Handwritten signature

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

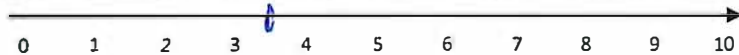
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

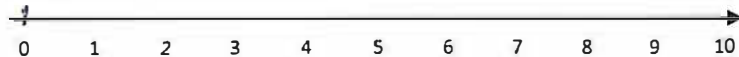
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



kur

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 14.05.40 Alter: 71
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 175 cm
 4. Gewicht: 80,5 5. BMI: 26,1
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 97 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

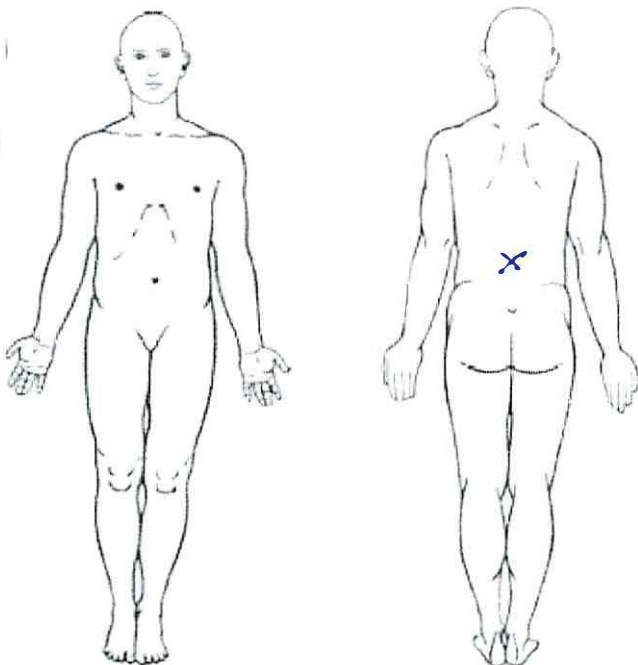
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?
☐ ja ☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr
☐ 1/2 bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

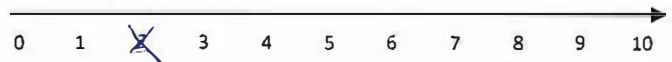
- ☒ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

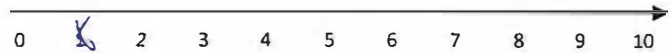
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

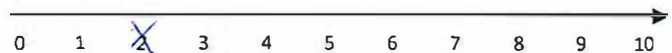
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☐ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche Diclo 75
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

- ☐ ja ☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

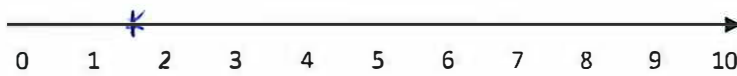
Handwritten signature: H. Sauer

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

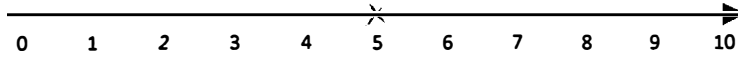


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

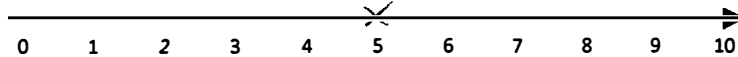
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

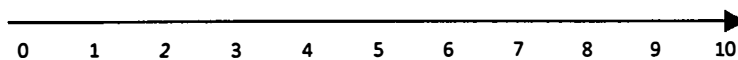
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die Orthese maximal gestrafft ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen nach Abnahme der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



2.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 24.10.71 Alter: 40
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 178
 4. Gewicht: 81,5 5. BMI: 25,8
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 111 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4

8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

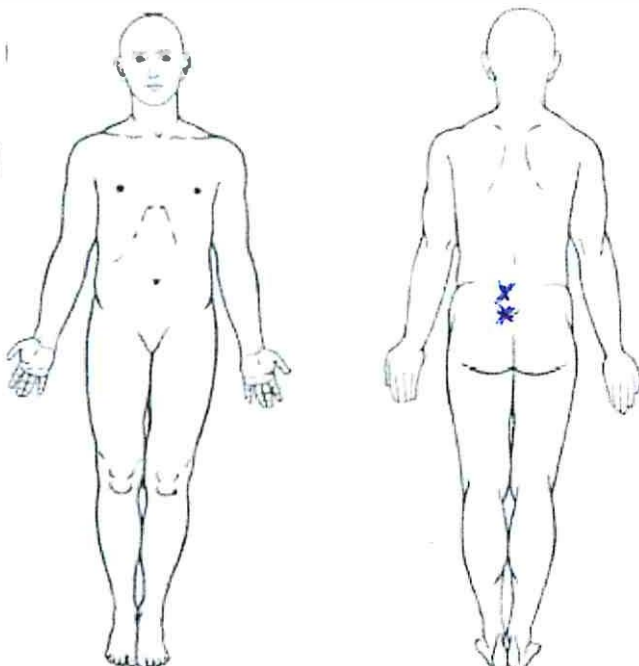
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☒ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

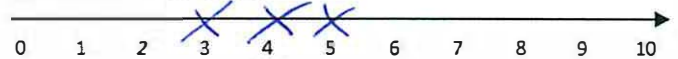
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☒ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☒ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

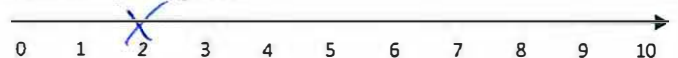
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

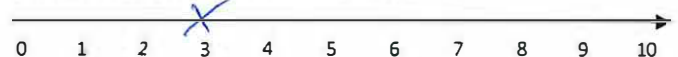
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche Diclo
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Diclo 2 x pro Woche

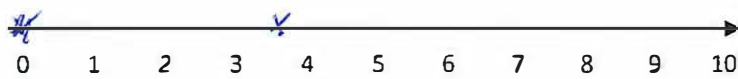
[Handwritten signature]

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

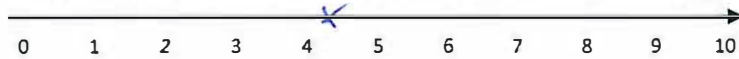
17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



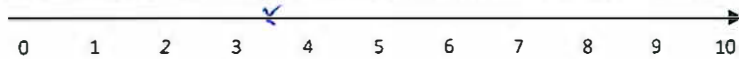
H

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

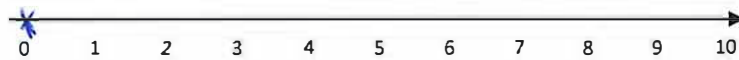
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



hr

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.
Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!
Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.
Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

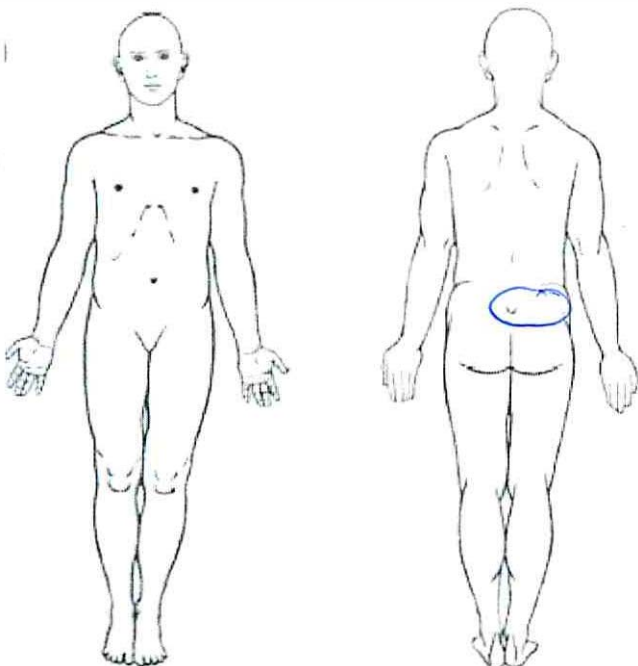
1. Geburtsdatum: 05.07.78 Alter: 33
2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
3. Größe: 153
4. Gewicht: 58 5. BMI:
6. Beinigkeit: ☐ links ☐ rechts
7. Beckenumfang: 84 cm
Orthesengröße: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?
☐ ja ☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?
☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten

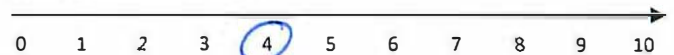


11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

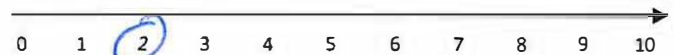
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☒ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.
Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

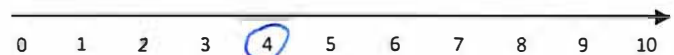
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☒ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche Ibuprofen
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?
☐ ja ☒ nein

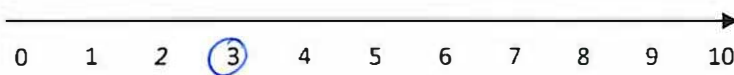
Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

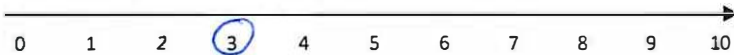


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

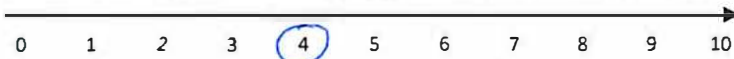
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

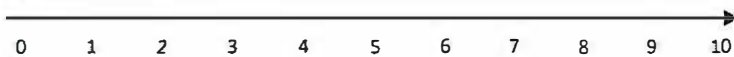
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese? *nein*



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 11.06.73 Alter: 39
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 178 cm
 4. Gewicht: 67 kg 5. BMI: 20.3
 6. Beinigkeit: ☒ links ☐ rechts
 7. Beckenumfang: 80 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

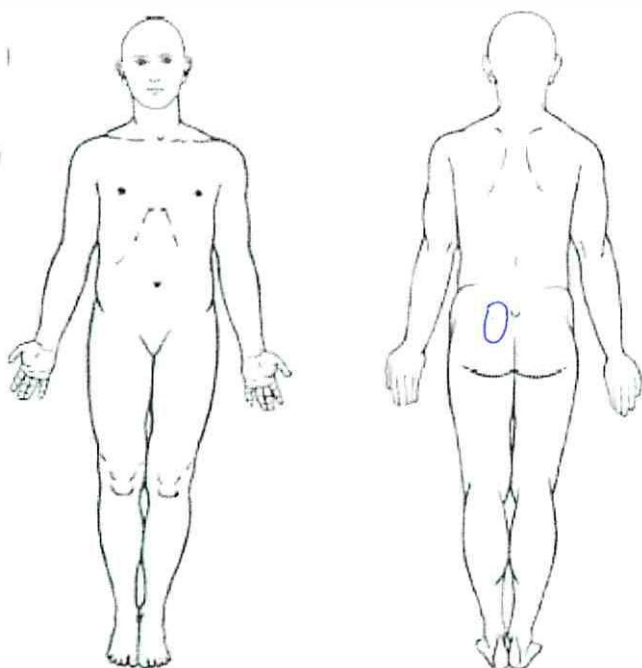
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr
☐ 1/2 bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☒ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

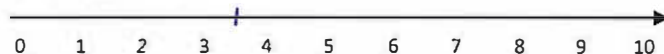
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
☒ heiß ☒ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

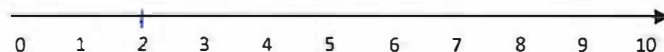
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

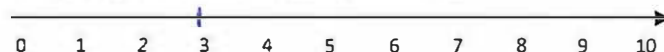
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☐ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☐ ja

☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

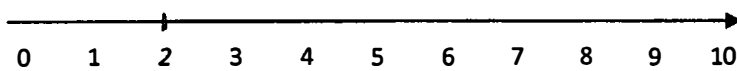
45

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

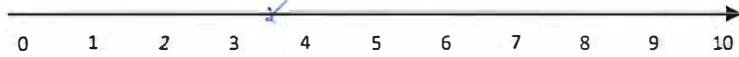
17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



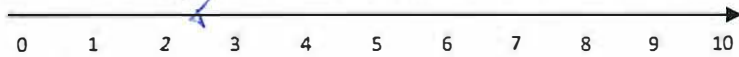
Handwritten signature

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

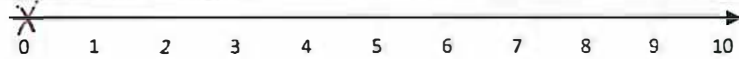
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 03.03.66 Alter: 46
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 1,78
 4. Gewicht: 85,3 kg 5. BMI: 24,4
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 95,5 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

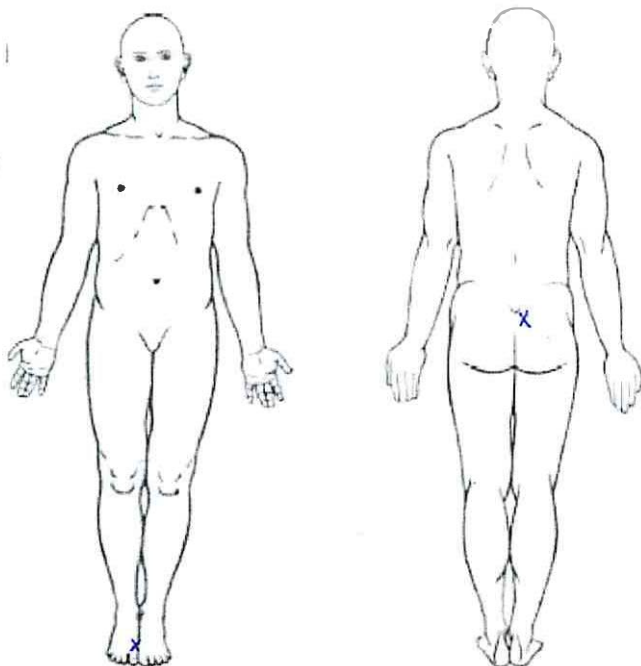
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☒ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

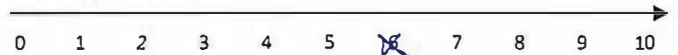
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
☒ heiß ☒ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

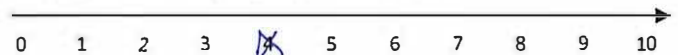
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

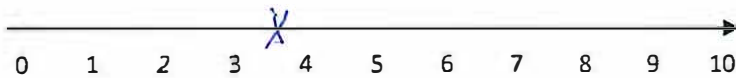
Handwritten signature

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

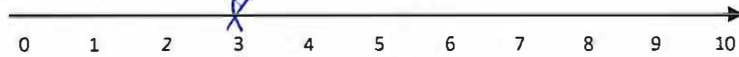


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

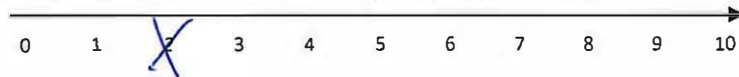
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

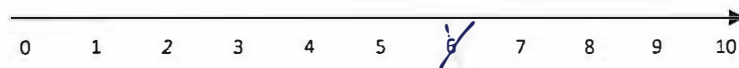
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 23.12.56 Alter: 55
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 168 cm
 4. Gewicht: 88 kg 5. BMI: 31,3
 6. Beinigkeit: ☒ links ☐ rechts
 7. Beckenumfang: 102 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

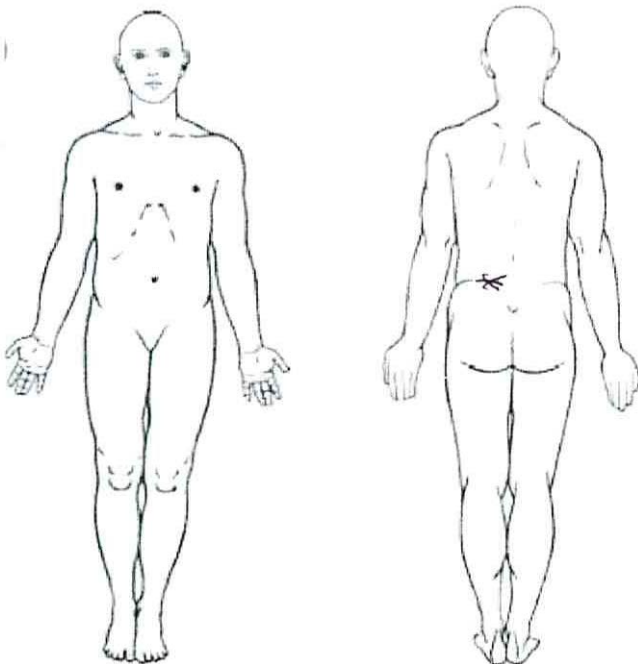
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☒ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

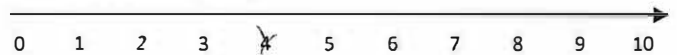
- ☐ dumpf ☒ drückend ☒ pochend
☒ klopfend ☒ stechend ☐ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

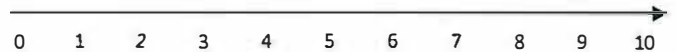
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

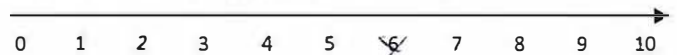
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☐ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☐ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☐ ja

☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

45

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

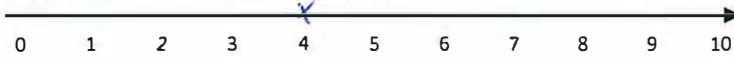


Handwritten signature

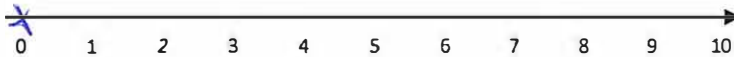
Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen. Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



[Handwritten signature]

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 13.4.61 Alter: 51
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 167
 4. Gewicht: 67 5. BMI:
 6. Beinigkeit: ☒ links ☐ rechts
 7. Beckenumfang: 90,5 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

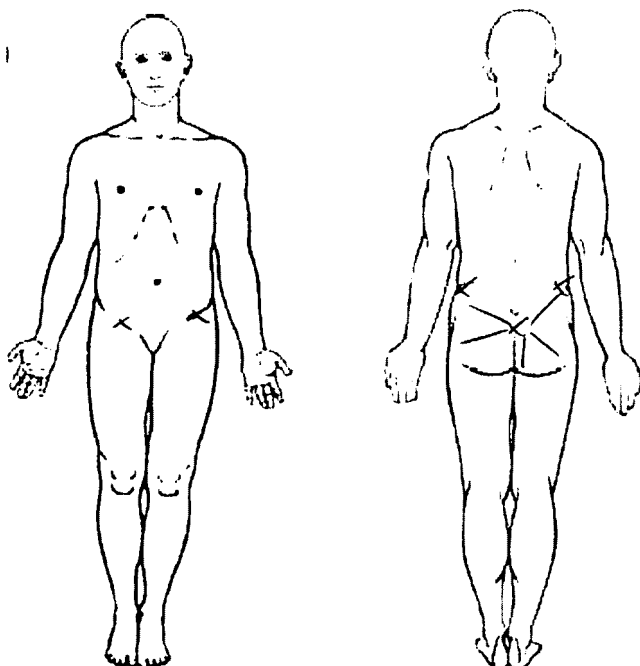
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

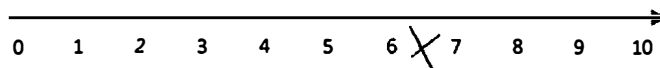
- ☒ dumpf ☒ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☒ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

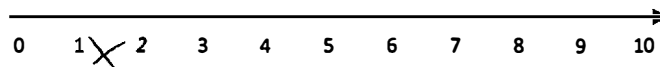
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

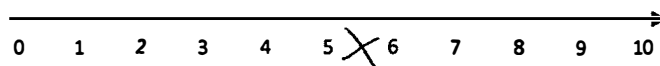
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☐ ja

☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

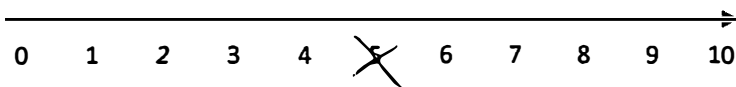
h

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

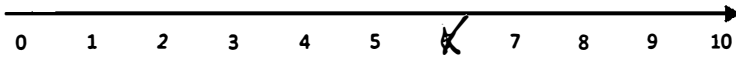


h

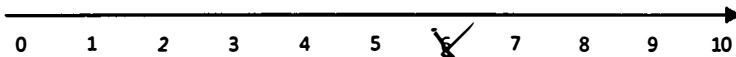
Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

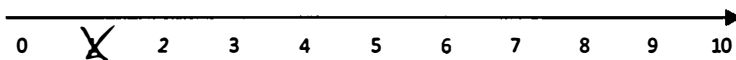
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die Orthese maximal gestrafft ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen nach Abnahme der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



A

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 07.07.80 Alter: 32
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 174 cm
 4. Gewicht: 66,9 kg 5. BMI: _____
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 85 cm
 Orthesengröße: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

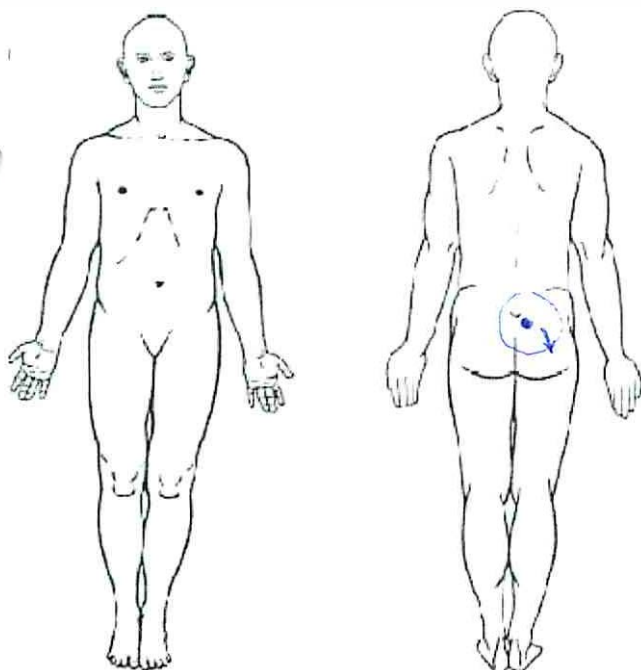
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☒ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

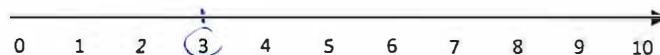
- ☒ dumpf ☒ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
☒ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

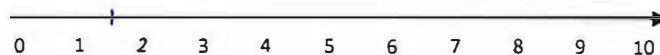
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

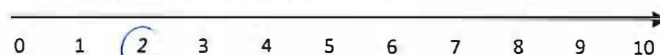
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☐ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☐ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?
☐ ja ☒ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

[Handwritten signature]

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

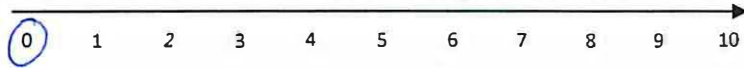
125

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen:

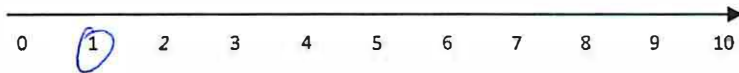
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

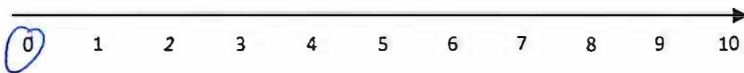
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



Handwritten signature or mark.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 12.8.66 Alter: 46
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 173
 4. Gewicht: 72,4 kg 5. BMI: 24,5
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 90 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

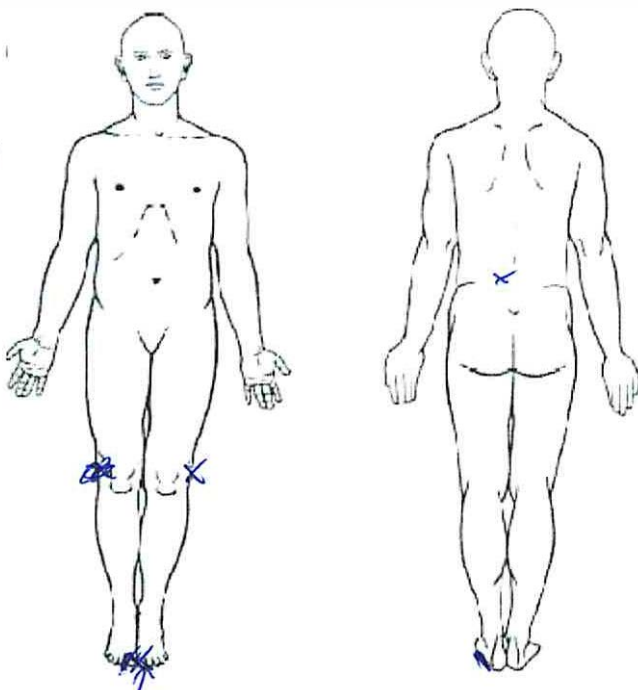
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr
☒ 1/2 bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

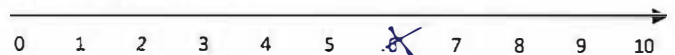
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☒ stechend ☐ ziehend
☐ heiß ☒ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

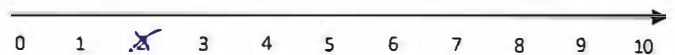
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

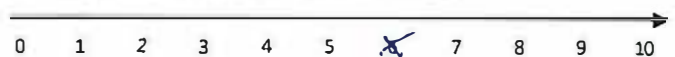
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Novaminsulfon 500mg
2-2-2

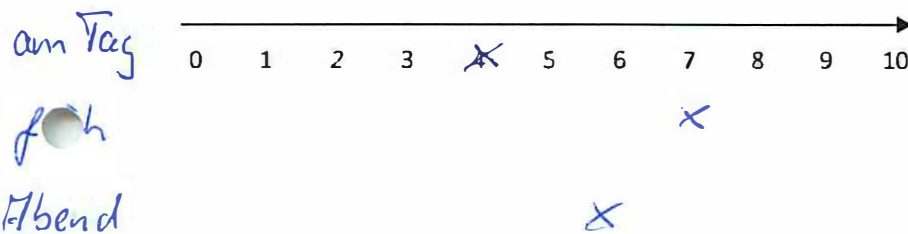
th

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?

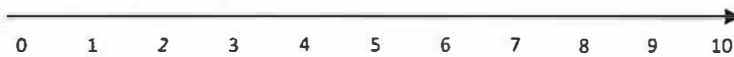


19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



nach Abnahme der Orthese
fühle ich mich leichter, aber leide
nicht sehr lang.

20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



ja, beim Treppen steigen x
ja, wenn die Schmerzspitzen kommen x

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.
Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!
Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.
Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 06.11.57 Alter: 60 J
2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
3. Größe: 163 cm
4. Gewicht: 68,8 kg 5. BMI: _____
6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
7. Beckenumfang: 104 cm
Orthesengröße: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4

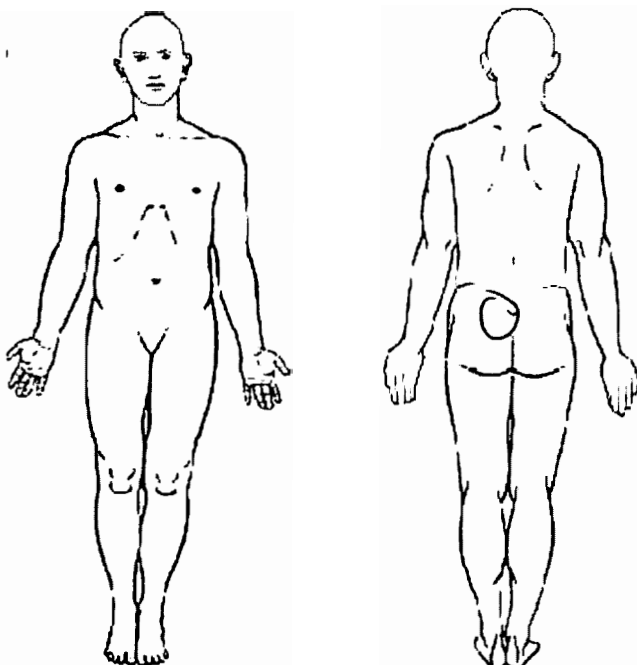
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?
☐ ja ☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

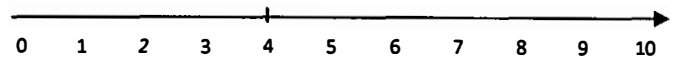
- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

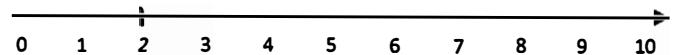
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

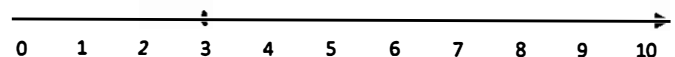
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☐ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

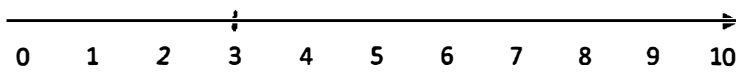
4

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

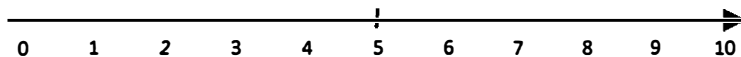
17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?



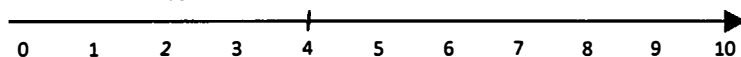
4

Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
 Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
 0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

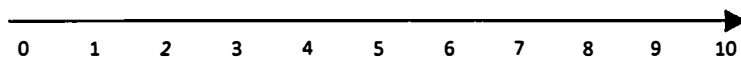
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die Orthese maximal gestrafft ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen nach Abnahme der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 30.07.70 Alter: 42
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 175 S. BMI: 29
 4. Gewicht: 79
 6. Beinigkeit: ☒ links ☐ rechts
 7. Beckenumfang: 94 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

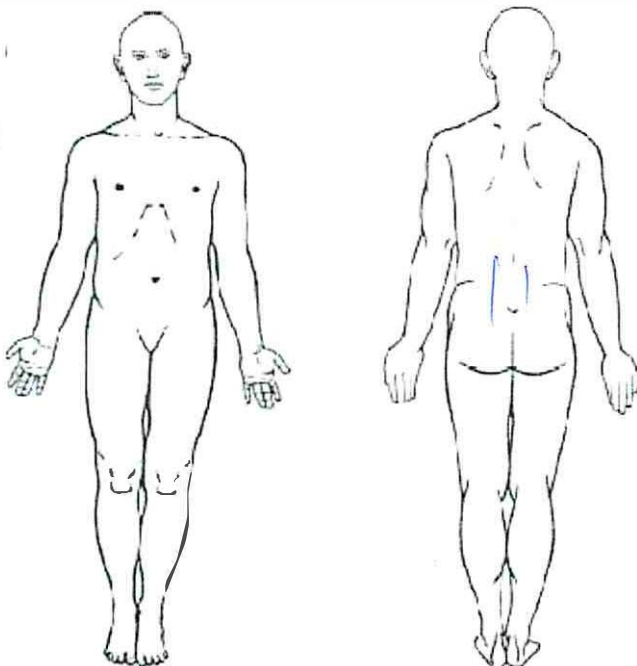
8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?
☐ ja ☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr
☐ 1/2 bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

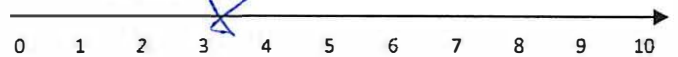
- ☒ dumpf ☒ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

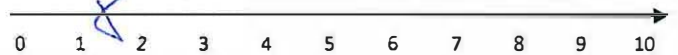
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10.

Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

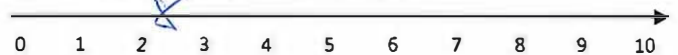
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet (NT)
☒ Medikamente, ggf. welche Ibuprofen
 andere Behandlungen: Chiropraktik

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?
☐ ja ☒ nein

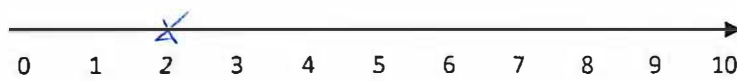
Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

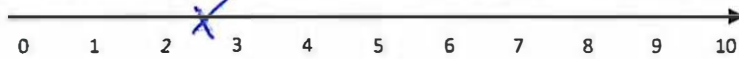
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

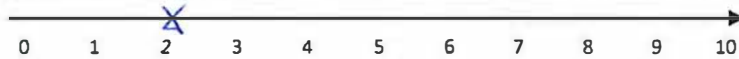


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

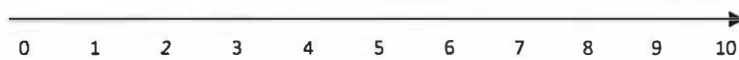
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 17.08.85 Alter: 27
 2. Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich
 3. Größe: 184
 4. Gewicht: 71 5. BMI:
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 86 cm
 Orthesengröße: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

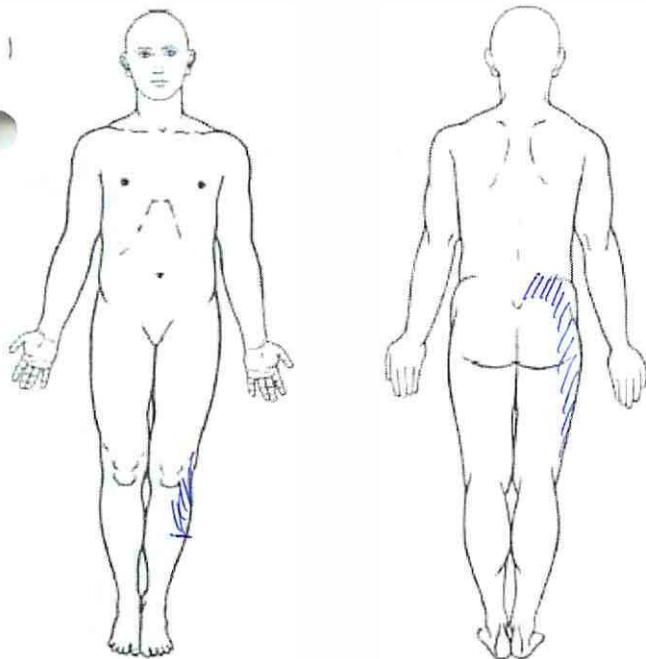
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☒ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



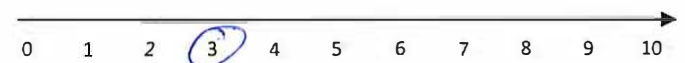
11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

- ☒ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☒ unerträglich
inaktiv

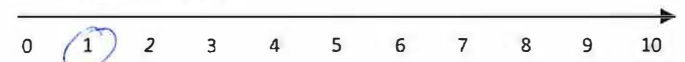
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

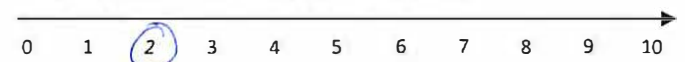
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet *-> Schmerz*
☒ Medikamente, ggf. welche *Diclofenac + Dexamethason*
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☐ ja

☒ nein

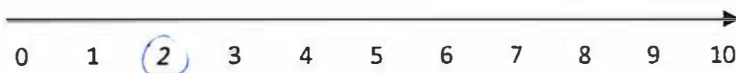
Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

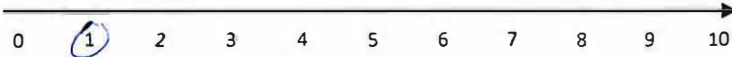


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

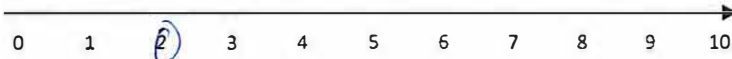
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

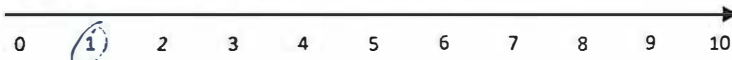
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?



↪ bei viel Bewegung → Reibung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 30.08.74 Alter: 38
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 168 cm
 4. Gewicht: 83,7 kg 5. BMI:
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 104 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

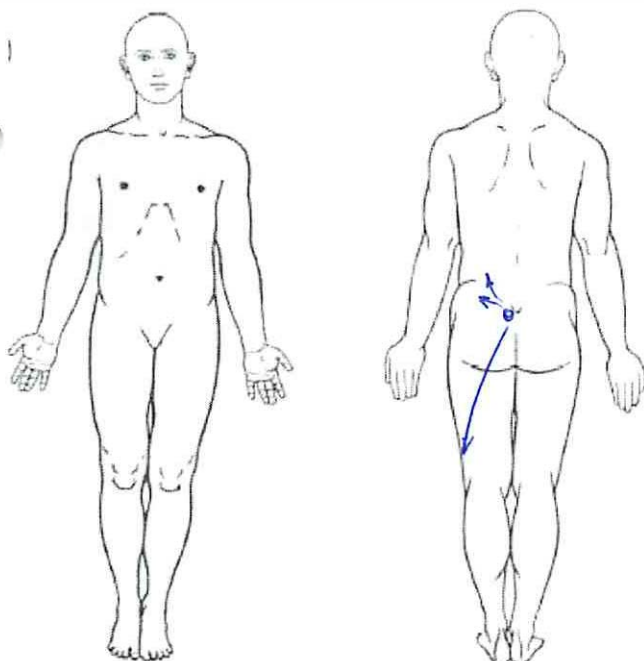
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☒ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



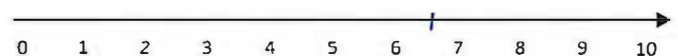
11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

- ☐ dumpf ☒ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
☒ heiß ☒ brennend ☐ unerträglich

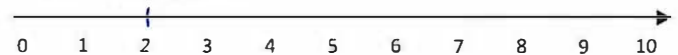
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

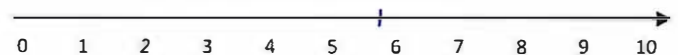
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☒ Massagen
☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
☒ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

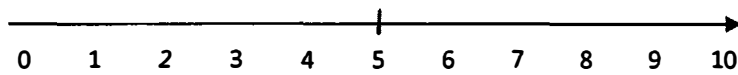
?

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

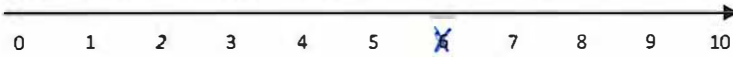
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

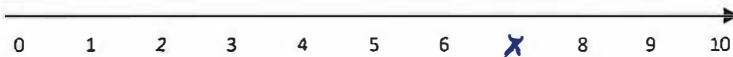


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.
 Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.
 0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

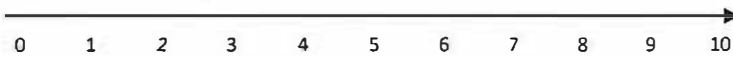
18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese? **nein**



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!

Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.

Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: 16.05.58 Alter: 54
 2. Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich
 3. Größe: 168 cm
 4. Gewicht: 77,9 kg 5. BMI:
 6. Beinigkeit: ☐ links ☒ rechts
 7. Beckenumfang: 101 cm
 Orthesengröße: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4

8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen, bzw. häufig stürzen?

☐ ja

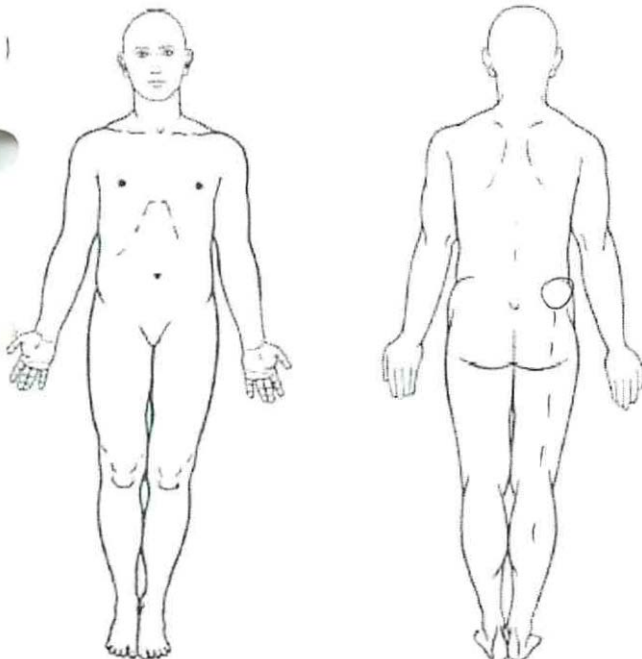
☒ nein

Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre ☒ mehr als 5 Jahre

10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



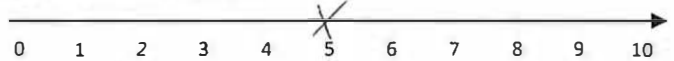
11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. **Mehrfachnennung ist möglich.**

- ☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
☐ klopfend ☐ stechend ☒ ziehend
☐ heiß ☐ brennend ☐ unerträglich

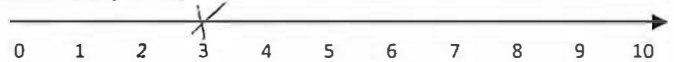
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?



13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?



Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

- ☒ Krankengymnastik ☐ Massagen
☐ Akupunktur ☒ Kälte-/Wärmetherapie
☐ Einspritzung in das Schmerzgebiet
☒ Medikamente, ggf. welche Genturap Pfl.
☐ andere Behandlungen:

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

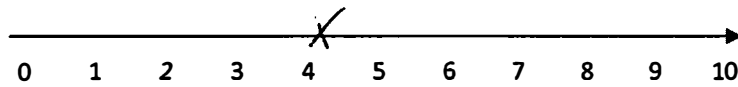
Genturap Pfl. 12,5 mg
 Lipica 145 0-0-1

Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei **leicht gestraffter Orthese** beschreiben?

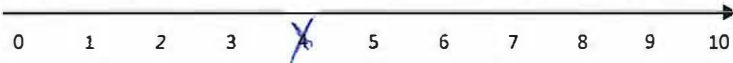


Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

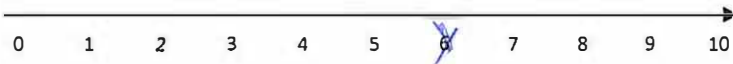
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

18. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen, wenn die **Orthese maximal gestrafft** ist?



19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen **nach Abnahme** der Orthese?



20. Haben Sie das Gefühl, dass die Orthese selbst Ihnen Schmerzen verursacht? Wenn ja, wie stark sind diese?

