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 Angaber	1
---------------------	---

1. Geburtsdatum:	3012.77	Alter:	39
2. Geschlecht:	männlich	Sweiblic	h
3. Größe:	160	_	
4. Gewicht:	50,9	5. BMI:	79,88
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?						

inaulig stufzerr:
□ ja

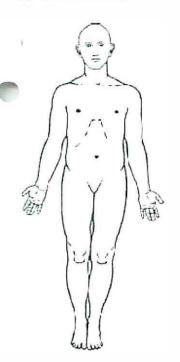
→ hein

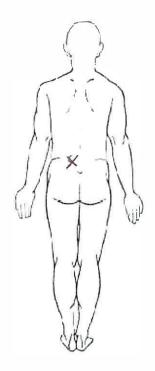
Angaben zur Schmerzsymptomatik

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	Xziehend
☐ 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 d	ie durchschnittlichen	Schmerzen	währena
der	letzten 2 Wochen	ein?		

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

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

_		U								\rightarrow
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. \	Nie sta	rk sind	d die S	chmer	zen im	Mom	ent?			

Therapie

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

	S Massagen
Akupunktur	√Kälte-/Wärmetherapie
★ Einspritzung in das Schmerzge	biet
Medikamente, ggf. welche	Journales 400
andere Behandlungen:	
16. Nehmen Sie aktuell Medi	kamente zur Schmerzreduktion ein
□ ja	⊠ nein
Wenn is gehen Sie hitte Drä	narat iing i losietiing an



10

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

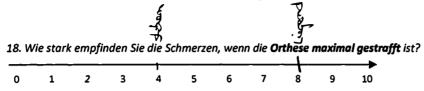
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

						Ä				→	ins	liean
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		0



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.







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.

Persön	liche	Anga	ben
--------	-------	------	-----

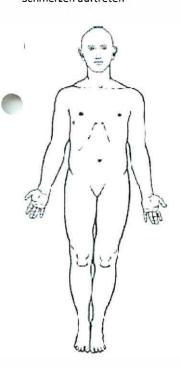
1. Geburtsdatum:	24.10.65	Alter:	45
2. Geschlecht:	□ männlich	& weiblio	:h
3. Größe:	164		
4. Gewicht:	69,3	5. BMI:	25 77
6. Beinigkeit:	□links	□ rechts	
7. Beckenumfang:	96,5	cm	
Orthesengröße:	□ 1 🗓 2	□3	□4
8. Haben sie das G	efühl, dass Sie s	ich unsicher b	oeim Gehen fühle
bzw. häufig stürze	n?		
□ja			₹ nein

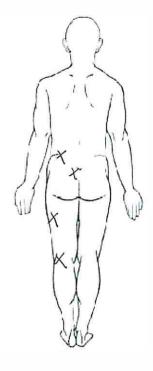
Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ¼ 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





	muen	. wenr	<i>jacnn</i>	ennung	13111	öglich.						
□ dur	npf		☐ dri	ückend		× po	chend					
kloj	pfend		☆ 6te	chend		□ ziehend						
□ hei	ß		≥br	ennend		₹un	erträg	lich				
dafüi am n 0 bed Schm 10.	r auf d ächste deutet nerzen	en Lini en kom , dass ! , die Si	en die men. Sie kei e sich	Zahler nerlei S vorstel	i an, d Schme Ien kö	ie Ihre rzen h	r Schr aben. haber	n. Kreu nerzem Die stä n den Za ngen da	pfind rkster ahlen	ung n wert		
		nätzen 2 Wo d			schnit	tlichen	Schm	erzen v	vährei	nd		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	٨.		
		g ertrö	iglich?	À	5	6	7	reicher 8	9	10		
14 V	Vie sta	rk sinc	die Si				יזמי					
14. V	Vie sta	ırk sind 2	die So	4	5	6	7	×	9	1		
o The	1 rapie	2	3		5	6	7	•	9	10		
0 The	1 rapie Vie wu	2	3 hre Sc	4	5	6 eits be	7	elt?	9	10		
0 The 15. V	1 rapie Vie wu	2 urden I	3 hre Sc	4	5	6 eits be	7 hande	elt?				
0 The 15. V	1 rapie Vie wu	2 urden I ymnasti ur	3 hre Sc	4	5 en ber	6 eits be	7 hande	elt?				
O The 15. V Kra Aki KEin KME	1 Vie wu ankengy upunkt spritzu	2 urden I ymnasti ur ng in da ente, gg	3 hre Sc k as Schm	4 hmerze nerzgebi	5 en ber	6 eits be	7 hande	elt?				
O The 15. V Kra Aki Ksin Ksin	1 Vie wu ankengy upunkt spritzu	2 urden I ymnasti ur ng in da	3 hre Sc k as Schm	4 hmerze nerzgebi	5 en ber	6 eits be	7 hande	elt?				
O The 15. V K Kra □ Akk K Ein R Me	1 rapie Wie wu ankengy upunkt spritzu edikame dere Be	2 urden I ymnasti ur ng in da ente, gg ehandlu	3 hre Sc k k as Schm gf. welc ngen:	4 hmerze nerzgebi he	5 en ber	6 eits be ≌KM □ Kä	7 hande assage ilte-/W	elt?	erapie			



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

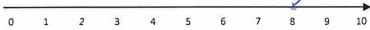
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

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

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?

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

										>	neih
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

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 iederzeit zur Verfügung.

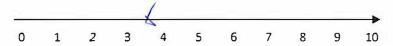
Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte. Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.	
Persönliche Angaben 1. Geburtsdatum: 28-70-62 Alter: 49	11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. <i>Mehrfachnennung ist möglich</i> .
2. Geschlecht: ☆männlich □ weiblich	Mark work Att devotored Constraint
3. Größe: 7 0	■cdumpf ⊠drückend □ pochend
4. Gewicht: 5. BMI:	☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend ☐ unerträglich
6. Beinigkeit: Olinks Trechts 7. Beckenumfang: 93 cm	neis diennend diertragien
7. Beeneria in an Britania	
Orthesengröße: □1 💆2 □3 □4	Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen,	dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung
bzw. häufig stürzen?	am nächsten kommen.
□ ja	0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten
L) ja	Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert
Angaben zur Schmerzsymptomatik	10.
Angaben zur Schmerzsymptomatik	Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.
9. Seit wann bestehen die Schmerzen?	12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein?
□ weniger als 1 Monat □ 1 Monat bis ½ Jahr □ ½ bis 1 Jahr □ 1 bis 2 Jahre	
2 bis 5 Jahre Emehr als 5 Jahre	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten	13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Therapie
	15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?
	Krankengymnastik KMassagen
SI AMP (1177)	
	Kinspritzung in das Schmerzgebiet
	Medikamente, ggf. welche
	☐ andere Behandlungen:
	16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein? ズja □ nein Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.
	* KOTH DOLDAY C = LONG X

the

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.

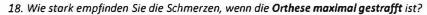
17. Mit welchem Zahlenwert würden Sie die Schmerzen bei leicht gestraffter Orthese beschreiben?



Haw

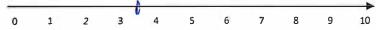
Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen. Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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.

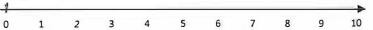




19. Wie stark empfinden Sie die Schmerzen nach Abnahme der Orthese?



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



tar

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.

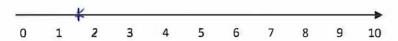
Bei Fragen stehen wir iederzeit zur Verfügung.

Bei Fragen stehen wir jed	derzeit zur Verfügung.								
Persönliche Angabe		11. Bitte versu beschreiben, d	las heißt,	wie Sie	die Sch	merzen			se
	.05.40 Alter: 71	empfinden. M	ehrfachn	ennung	ist mög	lich.			
3. Größe:	s weiblich weiblich s weiblich s weiblich s weiblich s weiblich s weiblich s weiblich	dumpf klopfend heiß	□ st	ückend echend rennend	3	□ poche ≾zieher □ unerti	nd		
7. Beckenumfang:	97 cm								
Orthesengröße: 🗆 1	<u>X2</u> □3 □4								
8. Haben sie das Gefühl, bzw. häufig stürzen? □ ja	dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen,	Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen. O bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert							
Angaben zur Schme	rzsymptomatik	10.							
J		Alle dazwische	n liegen	den Zahl	en solle	n Abstu	fungen	darst	ellen.
9. Seit wann bestehen di	e Schmerzen?	12. Wie schätz der letzten 2 V			chnittlid	then Sch	merzei	n wähi	rend
☐ weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ¼ Jahr	uer retzten 2 v	VOCITEIT	cm:					
☐ ¼ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre	0 1	3	4	5	6 7	8	9	10
☐ 2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre		`						
		13. Welche Sch			für Sie	bei erf e	olgreich	ner	
	n, an welchen Körperstellen Ihre	Behandlung e	rträglich:	?					
Schmerzen auftreten		- Y							
		0 & 2 14. Wie stark s		4 Schmerze	5 n im M	6 7		9	10
		0 1	3	4	5	6 7	8	9	10
1	$(A \wedge A)$	Therapie							
11-01	\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	15. Wie wurde	n Ihre So	hmerzer	n bereit	s behar	delt?		
A/Y	d Will	Krankengymn				X Massa □ Kälte-		etherap	oie
	MA AM	☐ Einspritzung in	, ggf. weld	nerzgebie che	t Dicl	· 75			
15/51	V J V	adere bellan							
())	()	16. Nehmen Si	ie aktuell	Medika	mente	zur Schr	nerzred	duktio	n ein?
) \$ (\1)/	□ja					Znei	in	
Ludus	Vals	Wenn ja, gebe	n Sie bitt	e Präpa	rat und	Dosieru	ıng an.		

H Sowar

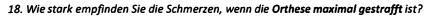
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

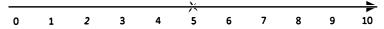
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.



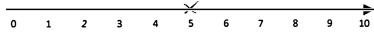
Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

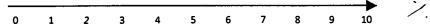
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.





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





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.

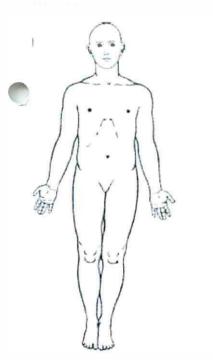
Perso	inlic	he A	nga	her

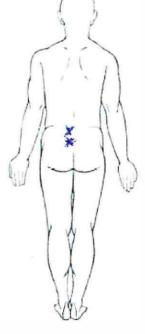
1. Geburtsdatum:	24 10	71	Alter:	40
2. Geschlecht:	□ männlid	h	weiblio	ch
3. Größe:	17.	8	-	
4. Gewicht:	31	5	5. BMI:	28.8
6. Beinigkeit:	□links		rechts	
7. Beckenumfang:	777	cn	n	
Orthesengröße:	□1	□ 2	₹3	□ 4
8. Haben sie das G	efühl, dass	Sie sich	unsicher b	eim Gehen fühlen
bzw. häufig stürze	n?			
□ ја				nein
Angaben zur Sc	hmerzsy	mntom	atik	

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

ueniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr
☐ ½ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre
N.2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre

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





besch	reibe	n, das	en Sie heißt, e rfachn	wie Si	e die S	chmer	zen ty		rweise	
☐ dum	pf			ückend			chend			
☐ klopt	end		X ste	echend		X ziehend				
□ heiß			☐ br	ennend	d	Xur	nerträg	lich		
am nä 0 bede Schme 10. Alle da	chsteuter erzer ezwis	en kor t, dass n, die S schen	nien die mmen. Sie kei Sie sich liegend o Sie die	nerlei vorste len Za	Schme ellen kö hlen so	erzen h önnen, ollen Al	aben. haber ostufu	Die stä n den Z ngen d	irkster ahlen arstell	n wert Ien.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			nerzstäl äglich?		ire für 5	Sie bei	erfolg	reiche. 8	9	10
14. W	ie ste	ark sin	d die S	chmer	zen im	Mom	ent?			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ther	apie									

15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

Krankengymnastik	Massagen
☐ Akupunktur	☐ Kälte-/Wärmetherapie
Einspritzung in das Schmerzgebiet	
Medikamente, ggf. welche Diclac	
andere Behandlungen:	
16. Nehmen Sie aktuell Medikamen	te zur Schmerzreduktion ein?

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

Pictac	.2 ×	10.70	Lock	
ILVUL	0C /	DEO	VULL	
		1		



Fragebogen Teil 2

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.





Patienten-ID: 2012 - 03-12-27P

Fragebogen Teil 3

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?







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.

Bei Fragen stehen wir je	ederzeit zur Verfügung.				
Persönliche Angabe	on .	11. Bitte versu	ichen Sie die Schme	rzqualität genauer	r zu
r craorinierie 7 mgabe			das heißt, wie Sie die		
1. Geburtsdatum: 05	07.78 Alter: 33		ehrfachnennung ist		
	ännlich Rweiblich				
	53	☐ dumpf	☐ drückend	□ pochend	
4. Gewicht:	5. BMI:	☐ klopfend	stechend	ziehend	
6. Beinigkeit:	ks rechts	□ heiß	☐ brennend	unerträglich	
7. Beckenumfang:	fy cm				
Orthesengröße: X1					
		Bitte geben Si	e nun die Stärke Ihre	er Schmerzen an. I	Kreuzen Sie
8. Haben sie das Gefühl	, dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen,	dafür auf den	Linien die Zahlen an	, die Ihrer Schmer	zempfindung
bzw. häufig stürzen?		am nächsten k			
□ja	X nein		ass Sie keinerlei Schr		
	•		e Sie sich vorstellen	können, haben de	en Zahlenwert
Angaben zur Schme	erzsymptomatik	10.			
		Alle dazwische	en liegenden Zahlen	sollen Abstufunge	en darstellen.
9. Seit wann bestehen o	die Schmerzen?				
			en Sie die durchschi	nittlichen Schmerz	en während
weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr	der letzten 2 l	Nochen ein?		
☐ ½ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre	0 1 2	2 3 4 5	6 7	8 9 10
2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre	• • •		,	0 5 10
		13. Welche Sci	hmerzstärke wäre fü	ür Sie bei erfolgrei	cher
10. Bitte zeichnen Sie ei	in, an welchen Körperstellen Ihre	Behandlung e			
Schmerzen auftreten		-	<u>~</u>		
		0 1	2 3 4 5	6 7	8 9 10
(==)	4 3	14. Wie stark	sind die Schmerzen i	im Moment?	
\=\frac{1}{2}) (0 1	3 (4) 5	6 7	8 9 10
		0 1 2	3 😈 3	0 ,	0 3 10
		Therapie			
11.0.1					
11:1	1 1 1 1 1 1 1 1	15. Wie wurde	en Ihre Schmerzen b	ereits behandelt?	
111.					
1// 1/		Krankengymr	nastik	™ Massagen	
GH VI	IL MITTING			Kälte-/Wärn	netherapie
किती	land (ii)		n das Schmerzgebiet	•	
\ \ /	ARC III		e, ggf. welche	?n	
11/	\ \ /	☐ andere Behar			
15/5/	V & V				
(Y)	(V)				
\ \ /	\ \ /	16. Nehmen S	ie aktuell Medikame	ente zur Schmerzr	eduktion ein?
\ 0 /	\11/	□ja		- Ar	iein
111	λ.W. (
Eucling		Wenn ja, gebe	en Sie bitte Präparat	und Dosierung ar	١.
		_			

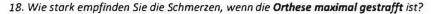
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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.



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.





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

										_
0	1	2	2	(1)	5	6	7	Ω	0	10
U	1	~	3	(4)	J	U	,	O		10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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.

berriagen stenen war jederzen zur verjagung.	
Persönliche Angaben	11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu
	beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise
1. Geburtsdatum: 11 06. 73 Alter: 37	empfinden. Mehrfachnennung ist möglich.
2. Geschlecht: 🗆 männlich 🛎 weiblich	
3. Größe: 178 cm	☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend
4. Gewicht: 672 5. BMI: 20.3	☐ klopfend ☐ stechend ☐ ziehend
6. Beinigkeit: Sinks □ rechts	₹ heiß
7. Beckenumfang: cm	
Orthesengröße: □1	
	Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehen f	
bzw. häufig stürzen?	am nächsten kommen.
□ ja Ùnein	0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten
-	Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert
Angaben zur Schmerzsymptomatik	10.
	Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.
9. Seit wann bestehen die Schmerzen?	
	12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während
☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr	der letzten 2 Wochen ein?
☐ ¼ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 bis 5 Jahre	
	13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher
10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre	Behandlung erträglich?
Schmerzen auftreten	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1
1 (**)	14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1
	0 1 2 3 4 3 6 7 8 3 1
	Therapie
11.2.11	Therapie
	15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?
	13. We worden the achinerzen bereits behandert:
	Krankengymnastik
2/1 / 11 / 1/19	☐ Akupunktur ☐ Kälte-/Wärmetherapie
	Einspritzung in das Schmerzgebiet
	☐ Medikamente, ggf. welche
\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
(sas) \ 1 1	☐ andere Behandlungen:
1001	
	16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?
\	☐ ja Wheim
)¥(\//	A nem
Cally SMB	Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.



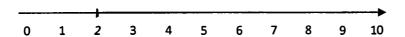
Patienten-ID: 2012 - 06 - 11- 32P

Fragebogen Teil 2

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

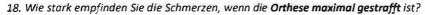
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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.



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.

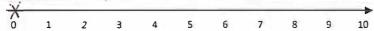
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.



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

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

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



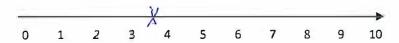
Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an! Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte. Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Persönliche Angaben		versuchen Sie							
02.07.4	,	ben, das heißt				en typ	ischer	weise	
1. Geburtsdatum: 03.03.66 Alter:	empfind	en. Mehrfach	nennung	ist mö	iglich.				
2. Geschlecht: → männlich □ weiblich		HO.	Carrier I of 1						
3. Größe:	☐ dumpf		lrückend		□ poo				
4. Gewicht: <u>P5,3 kg</u> 5. BMI: <u>24</u>		- 3.43	techend		☐ zieł				
6. Beinigkeit: Clinks Srechts	Sheiß	F 1	rennend		une	rträgli	ch		
7. Beckenumfang: <u>95,5</u> cm									
Orthesengröße: □1									
	Bitte geb	en Sie nun die	e Stärke I	hrer S	chmer	zen ar	. Kreu	zen Si	2
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim	nen fühlen, dafür auf	den Linien di	e Zahlen	an, di	e Ihrer	Schm	erzem	pfindu	ing
bzw. häufig stürzen?	am näch	sten kommen							
☐ ja Q∕ne	0 bedeut	et, dass Sie ke	einerlei So	chmer	zen ha	ben. [Die stä	rksten	
□ ju	Schmerz	en, die Sie sicl	n vorstell	en kör	nnen, h	aben	den Z	ahlenv	vert
Angahan zur Cahmarzzumntamatik	10.								
Angaben zur Schmerzsymptomatik	Alle dazv	vischen liegen	den Zahl	en sol	len Ab	stufun	gen da	arstelle	en.
9. Seit wann bestehen die Schmerzen?	12. Wie s	schätzen Sie d	ie durchs	chnitti	lichen .	Schme	rzen v	vähren	d
	der letzt	en 2 Wochen	ein?						
□ weniger als 1 Monat □ 1 Monat bis ½ Jahr	_								
₹½ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre	0 1	2 3	4	5	X	7	8	9	10
☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre									
	13. Welc	he Schmerzsto	ärke wäre	für S	ie bei e	rfolgt	eichei	-	
10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen	e Behandi	ung erträglich	?						
Schmerzen auftreten	-	,	_				-		
	0 1	3	4	5	6	7	8	9	10
)								
(==)) 14. Wie :	stark sind die	Schmerze	n im l	Mome	nt?			
	0 1	2 2	N	5	6	7	8	9	10
	0 1	2 3	DK.	5	0	,	0	9	10
	Thoras	io							
11	/ \ Therap	ie							
	15. Wie	wurden Ihre S	chmerze	n bere	its beh	andel	t?		
	411								
1/1 1/1	√ Kranke	ngymnastik			☐ Ma	ssager	1		
64 Y 1/2 211	☐ Akupur	nktur			☐ Kä	te-/W	irmeth	erapie	
	Einsprit	zung in das Sch	merzgebie	et					
/ / 1.A.	Medika	mente, ggf. we	lche						
\	☐ andere	Behandlungen:	:						
15/5/ h /	√								
(V)									
	16. Nehr	nen Sie aktue	ll Medika	ment	e zur S	chmer	zredu	ktion e	ein?
\		X ja					nein		
) ¥ (. 3							
1/s)	Wennia	, geben Sie bi	tte Präna	rat un	d Dosi	erung	an.		
W. W.	**Cilii ja	, 000011 010 01	ropa	. ac an	2 2031	6	2,		
	-								
									_



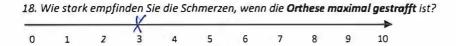
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

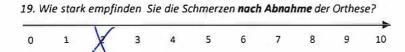
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.



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.





Fragebogen Teil 1

Liebe Patientin, lieber Patient,

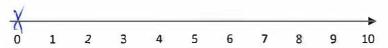
Wir bitten Sie alle nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.
Bitte kreuzen Sie für jede Frage, sofern nicht anders angegeben, ein Kästchen an!
Bearbeiten Sie zuerst die linke, dann die rechte Spalte.
Bei Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Bei Fragen stehen wir jea	lerzeit zur Verfügung.												
Persönliche Angaber 1. Geburtsdatum: 2/3	1 12,56 Alter:	55	besc	hreibe	n, das	en Sie o heißt, rfachne	wie Sie	e die S	chmer	zen ty		weise	
	nnlich weiblich												
	5 km		☐ du	mpf		X dri	ickend		Ş⊈ po	chend			
		31,3	li kio	pfend		⊈ ste	chend		☐ zie	hend			
6. Beinigkeit: Vlinks		<u> </u>	□hei	iß		□ bre	ennend		□ un	erträgl	ich		
7. Beckenumfang: 10													
Orthesengröße:	□2 X3 □-	4	Bitte	geber	n Sie ni	un die :	Stärke	Ihrer	Schme	rzen a	n. Kreu	ızen Si	e
8 Hahen sie das Gefühl	dass Sie sich unsicher bein	n Gehen fühlen	dafü	r auf d	len Lin	ien die	Zahler	n an, d	ie Ihre	r Schm	ierzem	pfindu	ng
bzw. häufig stürzen?	dass sie sien ditsiener bein	ir deficit famen,	am n	ächste	en kom	nmen.							
	S.	nein	0 be	deutet	, dass	Sie kei	nerlei :	Schme	rzen h	aben.	Die stä	rksten	
□ ja	× .	nem	Schn	nerzer	, die S	ie sich	vorste	llen kö	innen,	haben	den Z	ahlenw	ert
A			10.		•				ĺ				
Angaben zur Schmer	rzsymptomatik		Alle	dazwis	chen I	iegend	en Zah	ilen so	llen At	stufur	ngen d	arstelle	en.
9. Seit wann bestehen die	e Schmerzen?		12. V	Nie scl	hätzen	Sie die	durch						
☐ weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr		der I	etzten	2 Wo	chen e	in?						
☐ ½ bis 1 Jahr	№1 bis 2 Jahre		_		•	2	à	14.1		-	_	_	
2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre		0	1	2	3	#	5	6	7	8	9	10
10. Bitte zeichnen Sie ein Schmerzen auftreten	, an welchen Körperstelle	n Ihre				erzstär äglich?		re für .	Sie bei	erfolg	reichei	•	
Schmerzen auftreten			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(**)	d d	}	14. V	Nie sta	ark sind	d die So	hmerz	en im	Mome	ent?			
M	برم		0	1	2	3	4	5	*	7	8	9	10
11.0.1		· \	The	rapie									
11:1		. 11	15. \	Nie wı	urden I	hre Sch	nmerze	en ber	eits be	hande	lt?		
1// 1	1 //	-]/	☐ Kra	ankeng	ymnast	ik			∑ M	assage	n		
6/1 V 11	711	1 11		upunkt							ärmeth	eranie	
Girl 1	bend 10/1-	→ 1 ()				as Schm	erzgeh	iet					
1 /	4/Dr 417					gf. welcl							
\ \ \ / /		/ /			ehandlu								
183821	V	1. 1		oc. c b		6							
		() (-							- 1			
\		1 /	16.1	Vehme	en Sie a	ktuell	Medik	amen	te zur S	Schme	rzredu'	ktion e	in?
\	\ ,	\wedge /] ja						Xnein		
) ¥ (1	U /		l	}0					/			
Lulus	\dagger \dagger	200	Wen	ın ja, g	eben S	Sie bitte	e Präpa	arat uı	nd Dos	ierung	an.		
			-										



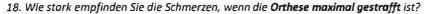
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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.



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.





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



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



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.

bei rragen stenen wir jederzeit zi	n verjugung.									
Persönliche Angaben		11. Bitte versu beschreiben, d					-		weise	
1. Geburtsdatum: 13. 4. G	27 Alter: 51	empfinden. M								
2. Geschlecht:	5. BMI: rechts	y⊒dumpf □ klopfend □ heiß		ückend echend ennend		□ pod		ich		
Orthesengröße: □1	□3 □4									
	sich unsicher beim Gehen fühlen,	Bitte geben Sie dafür auf den I am nächsten k 0 bedeutet, da Schmerzen, die	Linien die ommen. ss Sie kei	Zahler inerlei S	an, d	ie Ihrer rzen ha	Schm ben. (erzem Die stä	npfindu irksten	ing
Angaben zur Schmerzsymp	tomatik	10. Alle dazwische	n liegend	len Zah	len so	llen Ab	stufur	igen d	arstelle	en.
9. Seit wann bestehen die Schme		12. Wie schätz der letzten 2 V	en Sie die	e durch						
	Monat bis ½ Jahr bis 2 Jahre					. \				
	ehr als 5 Jahre	0 1 2	3	4	5	6 X	7	8	9	10
10. Bitte zelchnen Sie ein, an wei		13. Welche Sci Behandlung ei			re für S	ie bei e	erfolgi	reichei	r	
Schmerzen auttreten		0 1 × 2	? 3	4	5	6	7	8	9	10
		14. Wie stark s	sind die S	chmerz	en im	Mome	nt?			
		0 1 2	? 3	4	5 >	< e	7	8	9	10
		Therapie 15. Wie wurde	en Ihre Sc	hmerze	en bero	eits bel	nande	lt?		
		Krankengymn	astik				issagei			
		□ Akupunktur ÆEinspritzung in ÆMedikamente □ andere Behan	, ggf. weld		iet	Æ n Käl	te-/W	ärmeth	erapie	
		16. Nehmen Si	ie aktuell	Medik	ament	e zur S		zredu nein	ktion e	in?
Ludus	W.	Wenn ja, gebe	n Sie bitt	e Präpa	arat ur	nd Dosi	erung	an.		



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?

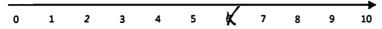


4

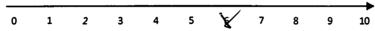
Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen. Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

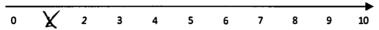
0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.

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



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







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.

Persön	liche	Anga	ben
--------	-------	------	-----

1. Geburtsdatum:	07.	07.80	Alter:	32
2. Geschlecht:	∦ männli		□ weiblic	h
3. Größe:	174	- Che	_	
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?

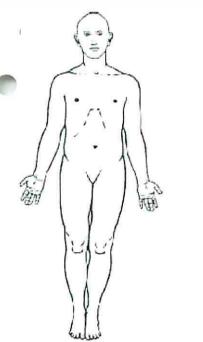
□ja

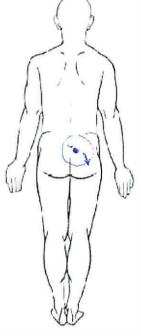
Angaben zur Schmerzsymptomatik

9. Seit wann bestehen die Schmerzen?

weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ¼ 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





Enein

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 durchschnittliche	n Schmerzen	während
der	letzten 2 Wo	chen ein?		

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

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. l	Vie sta	irk sind	d die S	chmer	zen im	Mome	ent?			
0	1	(2	3	4	5	6	7	8	9	10

Therapie

15. Wie wurden ihre Schmerzen bereits behandelt?

	parat und Dosierung an.
□ja	 ≝ nein
16. Nehmen Sie aktuell Medi	kamente zur Schmerzreduktion ein?
☐ andere Behandlungen:	
Medikamente, ggf. welche	
☐ Einspritzung in das Schmerzgel	piet
Akupunktur	☐ Kälte-/Wärmetherapie
	⊠ Massagen



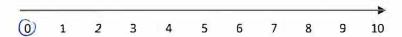
Patienten-ID: 2012 - 07 - 30 - 35P

Fragebogen Teil 2

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.

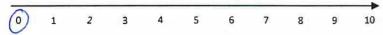




Wir fragen Sie nun noch einmal nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen: Bitte geben Sie nun die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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?





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.

Bei Fragen stehen wir jederz	eit zur Verfügung.										
Persönliche Angaben		11. Bitte beschrei								rweise	
1. Geburtsdatum: 12.8	?. 66_ Alter:	empfind	en. Me	ehrfac	hnennu	ıng ist	möglich				
2. Geschlecht: Amännli					مرامة المارة						
3. Größe: 173	211	☐ dumpf			drückei			ochend ehend			
4. Gewicht:	4 kg 5. BMI: 24,3	☐ klopfer ☐ heiß	10		stecher brenne			enena nerträg	lich		
6. Beinigkeit: Elinks 7. Beckenumfang: 90	× rechts	Li Heils			DIEIIIE	iiu		iei ti ag	IICII		
	N/2502										
Orthesengröße: 🗆 1	82	Bitte gel	oen Sie	nun	die Stär	ke Ihre	r Schme	rzen a	n. Kreu	ızen Sie	2
8 Hahen sie das Gefühl, das	s Sie sich unsicher beim Gehen fühlen,	dafür au									
bzw. häufig stürzen?	s sie sien ansiener benn denen famen,	am näch	sten k	omme	n.						
□ ja	% nein	0 bedeu	tet, da	ss Sie	keinerl	ei Schm	erzen h	aben.	Die stä	irksten	
74		Schmerz	en, die	Sie s	ch vors	tellen l	önnen,	habei	n den Z	ahlenw	ert
Angaben zur Schmerzsy	ymptomatik	10.									
		Alle daz	wische	n liege	enden Z	ahlen s	ollen A	bstufu	ngen d	arstelle	en.
9. Seit wann bestehen die Sc	chmerzen?	42 14//-		C:-	مانات مانات		:44!: ab a -	C-6			J.
		12. Wie der letz i				cnscnn	ittiicnen	Scnm	erzen v	vanren	а
weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ¼ Jahr		EII Z VI	VOLITE	i enr:						_
⅓½ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre	0 1	. 2	3	4	5	.8	7	8	9	10
☐ 2 bis 5 Jahre	☐ mehr als S Jahre										
		13. Weld				väre füi	Sie bei	erfolg	reiche	r	
	n welchen Körperstellen Ihre	Behand	lung er	rträgli	ch?						
Schmerzen auftreten		0 1	×	- :	4	5	6	7	8	9	10
						,	Ü	,	O	,	10
(==)	()	14. Wie	stark s	ind di	e Schme	erzen ir	n Mome	ent?			
)=(J (0 1	. 2	3	4	5	X	7	8	9	10
	() (
[[]	11 7 11	Therap	oie								
10:1	$\wedge \gamma - \gamma \gamma$	15. Wie	wurde	n Ihre	Schme	rzen be	reits be	hande	elt?		
1/1 - 1/1	1/r× -1/										
111 11	1/1 7 11	Kranke		astik			ΠМ	lassage	n		
知 Y D	s (11-11)	☐ Akupui					☐ K	älte-/W	/ärmeth	erapie	
AND MAKE		⊠Einspri	_		_	ebiet					
\ \ / /	\ 1 /	≰ Medika									
A X	\. 1 /	☐ andere	Behan	dlunge	n:						
	Y 33 Y	-						_			
\	(1)	16. Neh	men Si	e aktu	ell Mer	likame	nte zur ^o	Schme	rzredul	ktion ei	in?
\	\ \ \ \ \	10. 14611	⊠ja	CUNIU	CII IAIGC		icc Zui .		nein	ALION CI	
) ¥ (} V /		-10						_ 116111		
Carrie Land	NOW .	Wenn ja	, gebe	n Sie b	itte Pra	iparat ı	ınd Dos	ierung	gan.		
		1/2	10 110	N	01/-	(1)	0				



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?

an Tag 0 1 2 3 × 5 6 7 8 9 10

Thend

X

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.

ĵ	0	1	2	×	4	5	6	7	8	9	10	
1	19. W	ie stark	empfir	nden Si	e die So	chmerz	× en nach	Abnah	me der	Orthe		nach Abnahme der Outhese
ĵ	0	1	×	3	4	5	6	7	8	9	10	Puble ich mich leichter, aber leide nicht sehr lang.
2	20. H	aben Sie	das Ge	efühl, d	ass die	Orthes	se selbst	Ihnen :	Schmera	zen ver		nt? Wenn ja, wie stark sind diese?

Patienten-ID: 2012 - 10 - 15 - 3PP

Fragebogen Teil 1

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		 Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise 								
1. Geburtsdatum: <u>06</u> . 11. 57 Alter: 60 7		lehrfachnennung ist								
2. Geschlecht: ☐ männlich 🔯 weiblich	_									
3. Größe: 763 cm	☐ dumpf	□ drückend	\square pochend							
4. Gewicht: 68,8 Kg 5. BMI:	☐ klopfend	□ stechend	☐ ziehend							
6. Beinigkeit: Dlinks Frechts	□ heiß	□ brennend	🗆 unerträgli	ich						
7. Beckenumfang: <u>104</u> cm										
Orthesengröße: 🗆 1 🗆 2 🗷 3 🗆 4										
	Bitte geben Si	e nun die Stärke Ihre	er Schmerzen ar	n. Kreuz	en Sie					
8. Haben sie das Gefühl, dass Sie sich unsicher beim Gehe	n fühlen, dafür auf den	Linien die Zahlen an	, die Ihrer Schm	nerzemp	ofindung					
bzw. häufig stürzen?	am nächsten l	kommen.								
□ja K_nein		ass Sie keinerlei Schi ie Sie sich vorstellen								
Angaben zur Schmerzsymptomatik	10.									
·	Alle dazwische	en liegenden Zahlen	sollen Abstufur	ngen dar	rstellen.					
9. Seit wann bestehen die Schmerzen?		zen Sie die durchschi	nittlichen Schmi	erzen wi	ährend					
☐ weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ⅓ Jahr	der letzten 2 l	Wochen ein?								
☐ ¼ bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre	0 1	2 3 4 5	6 7	8	9 10					
☐ 2 bis 5 Jahre ★mehr als 5 Jahre	0 1	2 3 4 3	0 /	0	9 10					
	13. Welche Sc	hmerzstärke wäre fü	ür Sie bei erfola i	reicher						
10. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre	Behandlung e	*								
Schmerzen auftreten		1								
<u>-</u>	0 1	2 3 4 5	6 7	8	9 10					
	14. Wie stark	sind die Schmerzen i	im Moment?							
	0 1	2 3 4 5	6 7	8	9 10					
	Therapie									
11.4.11	()									
	15. Wie wurde	en Ihre Schmerzen b	ereits behande	lt?						
	☐ Krankengymi	nastik	☐ Massager	n						
@/ Y 115 // Y	│		☐ Kälte-/Wä	ärmethe	rapie					



10

10

10

 \square nein

Einspritzung in das Schmerzgebiet Medikamente, ggf. welche ☐ andere Behandlungen:

□ ja

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

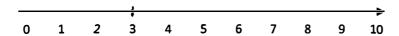
Patienten-ID: 2012 - 16 - 15 - 38P

Fragebogen Teil 2

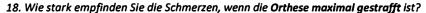
Wir fragen Sie nun nach den Schmerzen, die Sie haben, wenn Sie die Orthese tragen.

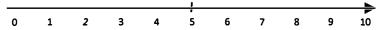
Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie dafür auf den Linien die Zahlen an, die Ihrer Schmerzempfindung am nächsten kommen.

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.

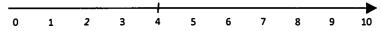


0 bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwert 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.





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?

-						-				→
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Liebe Patientin, lieber Patient,

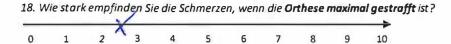
Bei Fragen stehen wir jed	derzeit zur Verfügung.							
Persönliche Angaber		beschreiben,	uchen Sie die Schr das heißt, wie Sie	die Schme	rzen typ		weise	
1. Geburtsdatum:	07 70 Alter: <u>46</u>	empfinden. N	1ehrfachnennung	ist möglicl	7.			
2. Geschlecht:	al	dumpf klopfend heiß	drückend stechend brennend	Z	ochend iehend nerträgli	ich		
Orthesengröße:	<u>57</u> cm							
	dass Sie sich unsicher beim Gehen fühlen,	dafür auf den am nächsten 0 bedeutet, da	e nun die Stärke I Linien die Zahlen kommen. ass Sie keinerlei S ie Sie sich vorstell	an, die Ihro chmerzen l	er Schm naben. (ierzem Die stä	pfindu rksten	ing
Angaben zur Schme	rzsymptomatik	10.	en liegenden Zahl					
9. Seit wann bestehen di		12. Wie schät der letzten 2	zen Sie die durchs Wochen ein?	schnittlichei	า Schme	erzen v	vähren	d
weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre	_	X					_
☐ ½ bis 1 Jahr ☐ 2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre	0 1	2 3 4	5 6	7	8	9	10
10. Bitte zeichnen Sie ein Schmerzen auftreten	n, an welchen Körperstellen Ihre	Behandlung e	erträglich? 2 3 4 sind die Schmerze	5 6 en im Mom	7 ent ?	8	9	10
		-	2 3 4	5 6	7	8	9	10
		Krankengymi	en Ihre Schmerze nastik in das Schmerzgebie		ehandel Massager Fälte-/Wä	1	erapie	
		andere Beha	e, ggf. welche II ndlungen: Near Sie aktuell Medika		A	zredul Tnein	ktion e	in?
Lilling			en Sie bitte Präpa	rat und Do		1		

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.

		1/								_
		A								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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.





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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Liebe Patientin, lieber Patient,

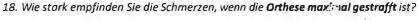
Bei Fragen stehen wir jed	derzeit zur Verfügung.									
Persönliche Angabe	n		11. Bitte versu	chen Sie die Schmer	zqualität genat	uer zu				
			beschreiben, d	las heißt, wie Sie die	Schmerzen tyr	pischerweis	e			
1. Geburtsdatum: 1	.08.85 Alter:	27	empfinden. Mehrfachnennung ist möglich.							
	nnlich	n								
3. Größe: 18			⊘ dumpf	☐ drückend	☐ pochend					
4. Gewicht: 7	1 5, BMI:		□ klopfend	stechend	Ziehend					
6. Beinigkeit:			□ heiß	□ brennend	 √unerträgli	ich				
7. Beckenumfang: 8	0				instial					
Orthesengröße: 1		<u> </u>								
orthesengroise, sq1		4	Bitte geben Sie	nun die Stärke Ihre	r Schmerzen ar	n. Kreuzen S	Sie			
8. Haben sie das Gefühl,	dass Sie sich unsicher he	eim Gehen fühlen	dafür auf den I	inien die Zahlen an,	, die Ihrer Schm	nerzempfino	dung			
Dzw. häufig stürzen?	dass sie sich disseller bi	eiiii deileii ruilleii,	am nächsten k	ommen.						
☐ ja		nein	0 bedeutet, da	ss Sie keinerlei Schn	nerzen haben. I	Die stärkste	en			
∟ } d	ι	riem	Schmerzen, die	e Sie sich vorstellen	können, haben	den Zahler	wert			
A = = = = = = = C = = = = =			10. Alle dazwis	chen liegenden Zah	len sollen Abstı	ufungen				
Angaben zur Schme	rzsymptomatik		darstellen.							
9. Seit wann bestehen di	e Schmerzen?		12. Wie schätz	en Sie die durchschn	nittlichen Schme	erzen währe	end			
	-1.		der letzten 2 V	Vochen ein?						
weniger als 1 Monat	X1 Monat bis ⅓ Jahr									
☐ ½ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre		0 1 2	3 4 5	6 7	8 9	10			
2 bis 5 Jahre	☐ mehr als 5 Jahre									
				nmerzstärke wäre fü	r Sie bei erfolg r	reicher				
10. Bitte zeichnen Sie eir	n, an welchen Körperste	llen Ihre	Behandlung ei	rträglich?						
Schmerzen auftreten			0 (1) 2	3 4 5	6 7	8 9	10			
_			0 1 2	5 4 5	6 /	0 9	10			
1 ()		()	14. Wie stark s	ind die Schmerzen i	m Moment?					
1 = 1		8 8					-			
			0 1 (2	3 4 5	6 7	8 9	10			
11		1 1	Therapie							
10:16	1 / 1	V V	15. Wie wurde	n Ihre Schmerzen be	ereits behandel	lt?				
/ // · /\	1 1/-	(III)								
1// 1	1/1		Krankengymn	astik	■ Massager					
@/ Y	H 111	1 21)	Akupunktur		Ækälte-/Wä	ärmetherapio	e			
	福 401		Æinspritzung ir	n das Schmerzgebiet						
\ 0 /	1	1 9	Medikamente	, ggf. welche Dich	ling + Dexa	ree /hyso	—			
h. 1. 1	1	1 1	☐ andere Behan	dlungen:						
10/4	V	V V								
(Y (B)		V)								
\ \ \ 7	1	λ /	16. Nehmen Si	e aktuell Medikame	nte zur Schmer	rzreduktion	ein?			
\ 0 /	1	111	□ ja		7	nein				
111	a di	J.W. L								
hieland	,	VOUP .	Wenn ja, gebe	n Sie bitte Präparat	und Dosierung	an.				

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.

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

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.



										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

										_
		2								_
0	1	E)	3	4	5	6	7	8	9	10

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

0 (1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei vis bewegung => feibung

16. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Schmerzreduktion ein?

Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.

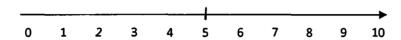
Patienten-ID: 2012 - 11 - 12 - 41P

Liebe Patientin, lieber Patient,

11. Bitte versuchen Sie die Schmerzqualität genauer zu beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. <i>Mehrfachnennung ist möglich</i> .							
□ 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 Schmerzempfindun am nächsten kommen. O bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen haben. Die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können, haben den Zahlenwe 10. Alle dazwischen liegenden Zahlen sollen Abstufungen darstellen.							
12. Wie schätzen Sie die durchschnittlichen Schmerzen während der letzten 2 Wochen ein? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
13. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?							
14. Wie stark sind die Schmerzen im Moment?							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Therapie 15. Wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt? Krankengymnastik Massagen Kälte-/Wärmetherapie Kinspritzung in das Schmerzgebiet Medikamente, ggf. welche andere Behandlungen:							

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.



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.



_						_				\rightarrow
0	1	2	3	4	5	×	7	8	9	10

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

	_	_			_			_		
0	1	2	3	4	5	6	X	8	9	10

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

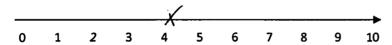
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei Fragen stehen wir jed	derzeit zur Verfügung.									
Persönliche Angaber	n		11. Bitte versu							2
1 6-1	6.05.5P Alter:	54	beschreiben, das heißt, wie Sie die Schmerzen typischerweise empfinden. <i>Mehrfachnennung ist möglich</i> .							
	nnlich Weiblich	57	,	,						
	168 Cm		☐ dumpf ☐ drückend ☐ pochend							
4. Gewicht:	7 8 kg 5. BMI:		☐ klopfend	□ ste	chend		ziehend			
6. Beinigkeit:			☐ heiß	□ br	ennend		unerträg	lich		
0	101 cm									
Orthesengröße: 1		4								
			Bitte geben Si	e nun die	Stärke Ih	rer Schm	erzen a	n. Kre	uzen S	ie
8. Haben sie das Gefühl,	dass Sie sich unsicher beir	m Gehen fühlen,	dafür auf den	Linien die	Zahlen a	n, die Ih	rer Schi	merzer	npfind	lung
bzw. häufig stürzen?			am nächsten k							
□ja	X	nein	0 bedeutet, da							
			Schmerzen, di							wert
Angaben zur Schmei	rzsymptomatik		Alle dazwis darstellen.	schen lieg	enden Za	shlen soli	en Abs	tufung	en	
9. Seit wann bestehen di	e Schmerzen?									
			12. Wie schätz			hnittliche	n Schr	erzen	währe	end
weniger als 1 Monat	☐ 1 Monat bis ½ Jahr		der letzten 2 l	Nochen e	rin?	/				
☐ ½ bis 1 Jahr	☐ 1 bis 2 Jahre		0 1	2 3	1	5 6	7	8	9	10
2 bis 5 Jahre	mehr als 5 Jahre		0 1 2	2 3	4	5 0	,	0	,	10
			13. Welche Sc	hmerzstäi	ke wäre	für Sie be	ei erfolg	reiche	er	
10. Bitte zeichnen Sie ein	n, an welchen Körperstelle	n Ihre	Behandlung e	rträglich?						
Schmerzen auftreten			0 1 2	2 3	Δ	5 6	7	8	9	10
	/							J		
1 (==)	É	,)	14. Wie stark	sind die S	hmerzen	im Mon	nent?			
1			0 1 2	2 3	4	5 6	7	8	9	10
	1	11)	Therapie							
11.0.1	112	11	Merapie							
11:1	1 /1	; //	15. Wie wurde	en Ihre Sc	hmerzen	bereits b	ehande	elt?		
1/1	1 1/6	- 911	Krankengymn	nastik			Massage	n		
迎 Y 1)	to all	1111	☐ Akupunktur			V	Kälte-/W	/ärmetl	nerapie	
御	脚。和一	T / \u)	☐ Einspritzung i	n das Schm			-			
\ 0 /	1	1/	Medikamente	e, ggf. welc	he y	Ular	M	PV		
1. 1. 1		111	andere Behar	ndlungen:		,	1	0		
1000	Y	∀ ∀								
() /	The same of the sa	Y ()					- 1		1	
\ \ /		1	16. Nehmen S	ie aktuell	Medikan	nente zur			iktion	ein?
) ¥ /	\	() /	V∕. ja					□ nein		
En lus	11/2	Wenn ja, geben Sie bitte Präparat und Dosierung an.								

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.



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?

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

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

						24				
0	1	2	2	4	_	8	7	0	0	10
U	1	4	2	4	5	591	/	0	9	10

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