

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Makierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen.
 - Felder sind komplett auszufüllen.
 - Pflichtangaben

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Geburtsvorname		Geschlecht	
Strasse		Pat.-Nr. (Klinikintern)		m / w	
Land	Postleitzahl	Wohnort			
Sozialversicherungsnummer				Geburtstag (TT.MM.JJJJ)	
Geburtsname		Geburtsort		Bundes- / Geburtsland	

Allgemein

Untersuchungsdatum

Tag 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28) 29) 30) 31)
 Monat 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) Jahr 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 0) 1) 2) 3)

Untersuchungsintervall nach OP

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vor Eingriff | <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 4 Jahre | <input type="checkbox"/> 8 Jahre | <input type="checkbox"/> 12 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 1 Jahre | <input type="checkbox"/> 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 9 Jahre | <input type="checkbox"/> 13 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 10 Jahre | <input type="checkbox"/> 14 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> 7 Jahre | <input type="checkbox"/> 11 Jahre | <input type="checkbox"/> 15 Jahre |
| | | | | <input type="checkbox"/> >15 Jahre |

Anzahl Tage Fusschmerzen (während letzten 7 Tagen)

0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7)

Schmerzskala

Markieren Sie auf der Skala, wie stark Ihre Fusschmerzen in jeder der folgenden Situationen **WÄHREND DER LETZTEN WOCHE** waren.
 0 entspricht "keine Schmerzen" und 9 entspricht "stärkste Schmerzen".
 Wenn eine oder mehrere Aussagen für sie nicht zutreffend waren, markieren Sie "nicht zutreffend".

Wie stark waren Ihre Fusschmerzen...

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--------------------|
| 1. ... im schlimmsten Fall? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 2. ...bevor Sie am Morgen aufstanden? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 3. ...beim barfuss Gehen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 4. ...beim barfuss Stehen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 5. ...beim Gehen mit Schuhen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 6. ...beim Stehen mit Schuhen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 7. ...am Ende des Tages? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |
| 8. ...in der Nacht? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 8) <input type="checkbox"/> 9) | stärkste Schmerzen |

Bitte Rückseite ausfüllen!

Funktionsskala

Markieren Sie auf der Skala, wie gross Ihre Schwierigkeiten waren, jede der Aktivitäten WÄHREND DER LETZTEN WOCHE auszuüben.
0 entspricht "keinen Schwierigkeiten" und 9 entspricht "unmöglich zu tun".
Wenn Sie eine Aktivität in der letzten Woche nicht ausgeübt haben, markieren Sie "nicht zutreffend".

Welche Schwierigkeiten hat Ihnen Ihr Fuss bereitet beim/bei...

- | | | | |
|--|---|--|------------------|
| 1. ...Gehen im Haus? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 2. ...Gehen auf unebenem Boden? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 3. ...Gehen von 1 km oder mehr? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 4. ...Hinaufgehen der Treppe? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 5. ...Hinuntergehen der Treppe? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 6. ...Stehen auf den Zehenspitzen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 7. ...Aufstehen von einem Stuhl? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 8. ...schnellen Gehen oder Laufen? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 9. ...Freizeitaktivitäten/Sport? | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |
| 10. ...Tragen besonderen Schuhwerks
(hohe Schuhe, Sandalen, etc.) | <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | keine Schwierigkeiten
0) 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) | unmöglich zu tun |

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!