



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 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

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!