

Fragebogen orthopädische Physiotherapie (FoP)

In dem Fragebogen geht es um Ihre Beschwerden und Fähigkeiten, bestimmte Tätigkeiten auszuführen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage mit nur einem Kreuz das an, was am ehesten auf Sie zutrifft. Wenn Sie in der vergangenen Woche keine Gelegenheit gehabt haben, eine der unten aufgeführten Tätigkeiten durchzuführen, so wählen Sie die Antwort aus, die Ihrer Meinung nach am besten zutreffen würde. **Alle Fragen** beziehen sich auf die **vergangene Woche**.

1. Haben Sie in der vergangenen Woche unter Schmerzen gelitten?				
4	3	2	1	0
Nein	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
2. Wie stark waren diese Schmerzen?				
4	3	2	1	0
Ich hatte keine Schmerzen	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
3. Hatten Sie in der vergangenen Woche irgendwelche Schwierigkeiten bei der täglichen Arbeit im Beruf oder zu Hause?				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
4. Haben Sie bei Ihrer Arbeit im Beruf oder zu Hause all das geschafft, was Sie normalerweise tun?				
4	3	2	1	0
Ja, Alles	Ja, einen großen Teil	Ja, einen gewissen Teil	Ja, aber nur einen kleinen Teil	Nein, gar nichts
5. Konnten Sie bei Ihrer Arbeit im Beruf oder zu Hause so sorgfältig wie üblich arbeiten?				
4	3	2	1	0
Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
6. Hatten Sie in der vergangenen Woche Schwierigkeiten bei der Durchführung von leichter Haus- und Gartenarbeit (z. B. Staubwischen, Geschirrspülen oder Blumengießen)?				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
7. Hatten Sie bei der Durchführung von schwerer Haus- und Gartenarbeit Schwierigkeiten (z. B. Wände abwaschen, Boden putzen, Rasenmähen, graben)?				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
8. Wie stark waren Sie in Ihren Kontakten zu anderen Menschen beeinträchtigt?				
4	3	2	1	0
Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche bei den folgenden Tätigkeiten Einschränkungen?				
9. Eine Stunde auf unebenen Wegen spazieren gehen (z. B. im Wald oder auf Feldwegen)				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche bei den folgenden Tätigkeiten Einschränkungen?				
10. Treppensteigen ein Stockwerk hoch und wieder runter				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
11. Sich den Rücken waschen				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
12. Einsteigen in ein Auto und wieder aussteigen				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
13. Mit dem Kopf nach hinten umdrehen (z. B. Schulterblick beim Einparken oder Radfahren)				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
14. Einen schweren Gegenstand vom Boden auf den Tisch stellen (z. B. eine volle Kiste Wasser)				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
15. Eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich
16. 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z. B. in einer Warteschlange)				
4	3	2	1	0
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich >>>

Fortsetzung der Tabelle auf Seite 4

17. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen)					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
18. Hocken oder hinknien und wieder aufstehen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
19. Die Strümpfe an- oder ausziehen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
20. Einen Gegenstand über Kopfhöhe auf ein Regal stellen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
21. Im Bett aus der Rückenlage aufsetzen oder aus dem Bett aufstehen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
Inwieweit hatten Sie in der <i>vergangenen Woche</i> bei den folgenden Tätigkeiten Einschränkungen?					
22. Knöpfe, Reißverschlüsse oder Häkchen auf und wieder zu machen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
23. Längeres Konzentrieren oder Lesen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
24. Eine Nacht durchschlafen					
4	3	2	1	0	
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Nicht möglich	
Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche beeinträchtigt...					
25. ... in der Beweglichkeit eines oder mehrerer Ihrer Gelenke?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
26. ... durch Ausstrahlungen, Kribbeln oder Taubheit in Schultern, Armen, Händen, Rücken, Gesäß, Beinen oder Füßen?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
27. ... durch das Gefühl von Unsicherheit oder Instabilität bei alltäglichen Tätigkeiten?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
28. ... durch Knacken, Knirschen oder Blockadegefühl in den Gelenken?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
29. ... durch Steifigkeit in Gelenken und Muskeln nach dem Aufstehen, nach längerem Liegen oder Sitzen?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
30. ... durch Schwächegefühl oder Kraftlosigkeit in Schultern, Armen, Händen, Rücken, Gesäß, Beinen oder Füßen?					
4	3	2	1	0	
Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	
					Punkte (von 120): <input type="text"/>
Sportmodul					
31. Hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Ausführung Ihres Sports?					
<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0
Ich treibe keinen Sport	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Im Moment nicht möglich
32. Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche Einschränkungen bei 20 Minuten Fahrrad fahren?					
<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0
Ich fahre kein Fahrrad	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Im Moment nicht möglich
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.					