

9. Anhang

9.1 Fragebögen

9.1.1 Fragebogen 1

Fragebogen zur wissenschaftlichen Evaluation „Halswirbelsäulen - Distorsion / Schleudertrauma“

Bogen 1 Am Unfalltag, bzw. bei der Erstvorstellung

I. Allgemeines

1. Name : _____ Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____ 19 _____

3. Geschlecht männlich weiblich

4. Größe: _____ cm

5. Gewicht: _____ kg

6. Telefonnummer (_____) _____

II. Unfallgeschehen

1. Unfalldatum: _____ 19 _____

2. Ursache der Halswirbelsäulen – Distorsion:

- Autounfall \Rightarrow weiter mit Frage 4
- Sturz \Rightarrow weiter mit Frage 10
- Schlag \Rightarrow weiter mit Frage 12
- Kopf gestoßen \Rightarrow weiter mit Frage 14
- sonstiges \Rightarrow weiter mit Beschwerden direkt nach dem Unfall

Autounfall

4. Handelte es sich um einen Auffahrunfall?

- ja nein

5. Hatte Ihr Auto eine Kopfstütze?

- ja nein

6. Waren Sie angeschnallt?

ja nein

7. Wie war Ihre Kopfposition während zum Zeitpunkt des Unfalls?

Blick nach vorn rechts links

8. Waren Sie auf den Unfall vorbereitet?

ja nein

9. Wie würden Sie den Unfall einschätzen?

leicht mittelschwer schwer

Sturz

10. Aus welcher Höhe sind Sie gefallen? _____m

11. Mit welchem Körperteil sind Sie zuerst aufgekommen

Rücken Bauch Beine Kopf

Schlag

12. Wie schwer war der Gegenstand mit dem Sie geschlagen wurden

bis 2 Kilo bis 5 Kilo bis 10 Kilo über 10 Kilo

13. An welcher Körperstelle sind Sie geschlagen wurden?

Rücken Bauch Kopf vorne Kopf hinten
 Schultern oder Arme Beine

Kopf gestoßen

14. Wie war Ihre Kopfposition in dem Moment in dem Sie sich gestoßen haben?

nach vorne nach rechts nach links

III. Beschwerden direkt nach dem Unfall

1. Wie fühlten Sie sich direkt nach dem Unfall?

- klar und wach
- benommen
- bewußtlos

2. Wie lange dauerte dieser Zustand? _____ Sekunden, _____ Minuten, _____ Tage

Ja Nein

3. War Ihnen schwarz vor Augen?

4. War Ihnen übel?

5. Mußten Sie erbrechen?

6. Können Sie sich an den genauen Unfallhergang erinnern?

7. Können Sie sich an die Zeit direkt nach dem Unfall erinnern?

8. Hatten Sie sofort nach dem Unfall Kopfschmerzen?

9. Wenn nein, nach welcher Zeit traten Sie auf?

- gar nicht, _____ Minuten, _____ Stunden, _____ Tage

10. Begannen die Kopfschmerzen

- plötzlich, schlagartig?
- Schleichend?

11. An welcher Stelle waren die Kopfschmerzen am stärksten

- Stirn Schläfe links Schläfe rechts Scheitel
- oberer Hinterkopf Hinterkopf / Übergang Nacken

12. Welche Qualität hatten die Kopfschmerzen?

- stechend dumpf wechselnd

13. Wie schwer waren die Kopfschmerzen?

Visueller Schmerzscore 0-100 Bitte den Arzt nach der Skala fragen !

Ja Nein

14. Haben sich die Kopfschmerzen wieder zurückgebildet?

15. Wenn ja, nach welcher Zeit? _____ Minuten, _____ Stunden, _____ Tage

16. Haben Sie Sehstörungen?

- verschwommenes Sehen
- Flimmern und Funken
- schwarz vor Augen
- schwarze Flecken
- Doppelbilder
- keine Sehstörungen

17. Haben Sie noch weitere Verletzungen erlitten?

- Prellungen
- Brüche
- Innere Verletzungen
- Schnittwunden, oberflächliche Schürfwunden
- keinen weiteren Verletzungen

18. Hatten Sie nach dem Unfall

Nackenschmerzen

Visueller Schmerzscore 0-100 Bitte den Arzt nach der Skala fragen !

Schulterschmerzen

Visueller Schmerzscore 0-100 Bitte den Arzt nach der Skala fragen !

Taubheitsgefühle in Armen oder Händen

19. In welchen Abstand zum Auftreten der Beschwerden haben Sie sich in ärztliche Behandlung gegeben?

sofort, _____ Stunden,

IV. Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine in diesem Fragebogen erhobenen Daten anonym zu wissenschaftlichen Publikationen verwendet werden dürfen.

_____, den _____. 20

Unterschrift

Wären Sie evtl. bereit, sich zur Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit zu einer Nachuntersuchung zur Verfügung zu stellen?

Ja Nein

Wenn Röntgenbilder vorliegen bitte wir Sie diese zur Nachuntersuchung mitzubringen.

Vielen Dank für die Mühe und Zeit die Sie geopfert haben

9.1.2 Fragebogen 2

Fragebogen zur wissenschaftlichen Evaluation
„Halswirbelsäulen - Distorsion / Schleudertrauma“

HWS –Bogen 2
Bei jeder Wiedervorstellung auszufüllen

I. Heutige Beschwerden

1. Bewegungseinschränkung von

	Beidseits	links	rechts
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

2. Schwäche in

	Beidseits	links	rechts
<input type="checkbox"/> Beinen	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> Händen	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> Armen	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> ganzer Körper	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21

3. Empfindungsstörungen:

Kribbeln in den	<input type="checkbox"/> Armen 22	<input type="checkbox"/> Händen 23
Taubheit in den	<input type="checkbox"/> Armen 24	<input type="checkbox"/> Händen 25
Brennen in den	<input type="checkbox"/> Armen 26	<input type="checkbox"/> Händen 27

4. Augen

- verschwommenes Sehen **28**
- Flimmern und Funken **29**
- schwarz vor Augen **30**
- schwarze Flecken **31**
- Doppelbilder **32**

5. Gehör

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rauschen | <input type="checkbox"/> rechts 33 | <input type="checkbox"/> links 34 | <input type="checkbox"/> beidseits 35 |
| <input type="checkbox"/> Pfeifen und Brummen | <input type="checkbox"/> rechts 36 | <input type="checkbox"/> links 37 | <input type="checkbox"/> beidseits 38 |
| <input type="checkbox"/> schlechteres Hören | <input type="checkbox"/> rechts 39 | <input type="checkbox"/> links 40 | <input type="checkbox"/> beidseits 41 |

6. Verschiedenes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augentränen 42 | <input type="checkbox"/> feuchte Hände 43 |
| <input type="checkbox"/> Zucken der Augenlider 44 | <input type="checkbox"/> Zittern der Hände 45 |
| <input type="checkbox"/> entzündete Augen 46 | <input type="checkbox"/> Frösteln 47 |
| <input type="checkbox"/> geschwollene Augenlider 48 | <input type="checkbox"/> kalte Füße 49 |
| <input type="checkbox"/> Nystagmus (Augenzittern) 50 | <input type="checkbox"/> kalte Hände 51 |
| <input type="checkbox"/> Naselaufen 52 | <input type="checkbox"/> Benommenheit 53 |
| <input type="checkbox"/> um den Mund „taub“ 54 | <input type="checkbox"/> unsicheres Gehen 55 |
| <input type="checkbox"/> Kloß im Hals 56 | <input type="checkbox"/> unbeabsichtigtes Fallenlassen von Gegenständen 57 |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden 58 | <input type="checkbox"/> morgens wie zerschlagen 59 |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit 60 | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche 61 |
| <input type="checkbox"/> häufigere Erkältungen 62 | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl 63 |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen 64 | <input type="checkbox"/> Übelkeit 64a |

7. Überempfindlichkeit gegen bzw. Unverträglichkeit von:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkohol 65 | <input type="checkbox"/> Lärm 66 |
| <input type="checkbox"/> Wetterumschlag 67 | <input type="checkbox"/> Hitze 68 |
| <input type="checkbox"/> grelles Licht 69 | <input type="checkbox"/> Musik 70 |

8. Kopfschmerzen:

- gleichbleibend über den Tag verteilt **71**
variierend in der Stärke, am stärksten
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> beim Erwachen im Bett 72 | <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung 75 |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen 73 | <input type="checkbox"/> nachmittags 76 |
| <input type="checkbox"/> morgens 74 | <input type="checkbox"/> abends 77 |
| <input type="checkbox"/> mittags 75 | <input type="checkbox"/> nachts 78 |

9. Beginnen die Kopfschmerzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> plötzlich, schlagartig 79 | <input type="checkbox"/> schleichend 80 |
|---|--|

10. An welcher Stelle sind die Kopfschmerzen am größten

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stirn 81 | <input type="checkbox"/> Schläfe links 82 | <input type="checkbox"/> Schläfe rechts 83 | <input type="checkbox"/> Scheitel 84 |
| <input type="checkbox"/> oberer Hinterkopf 85 | <input type="checkbox"/> Hinterkopf / Übergang Nacken 86 | | |

Visueller Schmerzscore 0-100 Bitte den Arzt nach der Skala fragen !

11. Haben Sie Nackenschmerzen?

- nein **87**
- oberer Halsbereich **88**
- mittlerer Halsbereich **89**
- unterer Halsbereich **90**

Visueller Schmerzscore 0-100

12. Haben Sie Schulterschmerzen?

- nein **91**
- links **92**
- rechts **93**

Visueller Schmerzscore 0-100

13. Welche Beschwerden traten innerhalb der letzten Woche nach dem Unfall auf?
(Bitte geben Sie die Nummer hinter den Beschwerden von Frage I. Frage 1-12 an)

Nummern

14. Unter welche Beschwerden litten Sie schon vorher?
(Bitte geben Sie die Nummer hinter den Beschwerden von Frage IV Frage 1-10 an)

Keine

Nummern

15. Wie lange waren Sie Krankgeschrieben?

ich war nicht krankgeschrieben, bzw. bin sofort wieder arbeiten gegangen

_____Tage, _____ Wochen, _____Monate

16. Wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, wie werden die Beschwerden heute behandelt?

- Physiotherapie, bzw. Krankengymnastik
- Fango
- Massagen
- Schmerzmedikation

17. Werden Sie durch diese Behandlung beschwerdefrei?

17. Gibt es in Ihrem Bekannten- bzw. Freundeskreis jemanden, der diese Verletzung schon mal hatte ?

nein

wenn ja wie lange hatte diese Person Beschwerden?

_____Tage, _____ Monate, _____ Jahre

II. Seelische Situation

(Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr derzeitiges Befinden, sofern Sie noch unveränderte Beschwerden haben)

	JA	Nein
1. Fühlen Sie sich tagsüber ohne erkennbaren Grund niedergeschlagen, oder erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühlen Sie sich besonders beenzt oder bedrückt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Empfinden Sie körperliche oder seelische Schwere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich öfters nervös oder innerlich angespannt oder ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn Ja, ist dies Folge Ihrer Schmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wachen Sie durch Kopfschmerzen früher als gewohnt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wachen Sie zur gewohnten Zeit mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie nach dem Unfall nachts verstärkt unter Angst- bzw. Alpträumen gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlafen Sie vornehmlich auf		
<input type="checkbox"/> dem Rücken		
<input type="checkbox"/> dem Bauch		
<input type="checkbox"/> der rechten Seite		
<input type="checkbox"/> der linken Seite		
11. Auf welcher Seite schliefen Sie vor dem Unfall?		
<input type="checkbox"/> dem Rücken		
<input type="checkbox"/> dem Bauch		
<input type="checkbox"/> der rechten Seite		
<input type="checkbox"/> der linken Seite		
12. Wann fühlen Sie sich besser?		
<input type="checkbox"/> morgens		
<input type="checkbox"/> mittags		
<input type="checkbox"/> abends		

- | | Ja | Nein |
|---|---|--|
| 13. Haben Sie diesbezüglich eine Veränderung an sich bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie früher langandauernde Zustände von | | |
| <input type="checkbox"/> gehobener Stimmung oder | | |
| <input type="checkbox"/> depressiver Bedrückung erlebt? | | |
| 15. Hatten Familienangehörige auch einmal Beschwerden wie Sie sie jetzt haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist Ihnen und Ihrer Umgebung auf gefallen, dass Sie sich nach dem Unfall in Ihrem Wesen geändert haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wenn ja, sind Sie | | |
| <input type="checkbox"/> reizbarer | <input type="checkbox"/> aggressiver | <input type="checkbox"/> unbeherrschter |
| <input type="checkbox"/> empfindlicher | <input type="checkbox"/> unkonzentrierter | <input type="checkbox"/> Leistungs gemindert |

Füllen Sie die Punkte III bis V bitte nur aus, wenn Sie dies noch nicht in einem früheren Bogen getan haben, oder sich Änderungen ergeben haben.

III. Welche berufliche Tätigkeit

1. Welche Art von Tätigkeit übten Sie vor dem Unfall aus?

<input type="checkbox"/> eher körperliche Arbeit	<input type="checkbox"/> eher geistige Arbeit
--	---

2. Mußten Sie den Arbeitsplatz wechseln?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

3. Können Sie alle sonstigen Arbeiten (Haus, Garten, Hobby, etc.) wie gewohnt ausüben?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

IV. Vorerkrankungen und Lebensgewohnheiten

1. Litten Sie vor dem Unfall an einer der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Nervenleiden |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Gallenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Chronische Kopfschmerzen |

V. Versicherungsanspruch

1. Haben Sie vor Forderungen gegen Ihren Unfallgegner zu stellen?

- Ja Nein

2. Haben Sie vor einen Unfallrentenantrag zu stellen?

- Ja Nein

VI. Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich dazu einverstanden, dass meine in diesem Fragebogen erhobenen Daten anonym zu wissenschaftlichen Publikationen verwendet werden dürfen.

_____, den _____._____. 20

Unterschrift

Wären Sie evtl. bereit, sich zur Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit zu einer Nachuntersuchung zur Verfügung zu stellen?

Ja Nein

Wenn Röntgenbilder vorliegen bitte wir Sie diese zur Nachuntersuchung mitzubringen.

Vielen Dank für die Mühe und Zeit die Sie geopfert haben