

Oswestry Disability Index (ODI-D)

Behinderung bei Rückenbeschwerden



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Er soll uns darüber informieren, wie Ihre Rücken- (oder Bein-) Probleme Ihre Fähigkeit beeinflussen, den Alltag zu bewältigen. Wir bitten Sie, jeden Abschnitt zu beantworten. Kreuzen Sie in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die Sie **heute** am besten beschreibt.

Abschnitt 1 – Schmerzstärke

- Ich habe momentan keine Schmerzen.
- Die Schmerzen sind momentan sehr schwach.
- Die Schmerzen sind momentan mässig.
- Die Schmerzen sind momentan ziemlich stark.
- Die Schmerzen sind momentan sehr stark.
- Die Schmerzen sind momentan so schlimm wie nur vorstellbar.

Abschnitt 2 – Körperpflege (Waschen, Anziehen etc.)

- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
- Meine Körperpflege durchzuführen ist schmerzhaft, ich bin langsam und vorsichtig.
- Ich brauche bei der Körperpflege ein wenig Hilfe, bewältige das meiste aber selbst.
- Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten der Körperpflege.
- Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.

Abschnitt 3 – Heben

- Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber es geht, wenn sie geeignet stehen (z.B. auf einem Tisch).
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
- Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

Abschnitt 4 – Gehen

- Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0.5 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
- Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
- Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

Abschnitt 5 – Sitzen

- Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen wie ich möchte.
- Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.

Abschnitt 6 – Stehen

- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.

Abschnitt 7 - Schlafen

- Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
- Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
- Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
- Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
- Ich schlafe aufgrund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.

Abschnitt 8 – Sexualeben (falls zutreffend)

- Mein Sexualeben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sexualeben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Mein Sexualeben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
- Mein Sexualeben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
- Ich habe aufgrund von Schmerzen fast kein Sexualeben.
- Schmerzen verhindern jegliches Sexualeben.

Abschnitt 9 – Sozialleben

- Mein Sozialleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, ausser dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport einschränken.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben ein, und ich gehe nicht mehr so oft aus.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
- Ich habe aufgrund von Schmerzen kein Sozialleben.

Abschnitt 10 – Reisen

- Ich kann überallhin reisen, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
- Ich kann aufgrund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
- Ich kann aufgrund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
- Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, ausser zur medizinischen Behandlung.

Score: _____

Bemerkungen ODI-D:

Minimal / maximal Score 0-50

1. Antwort: 0 Punkte
2. Antwort: 1 Punkt
3. Antwort: 2 Punkte
4. Antwort: 3 Punkte
5. Antwort: 4 Punkte
6. Antwort: 5 Punkte

Bewertung:	0-4 Punkte:	keine Einschränkung
	5-14 Punkte:	leichte Einschränkung
	15-24 Punkte:	mittelmässige Einschränkung
	15-34 Punkte:	starke Einschränkung
	Über 35 Punkte:	totale Einschränkung