

**OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE (Adaptiert)**  
**Bitte kreisen Sie nur EIN Merkmal ein, dass Ihre Situation am Besten darstellt!**

(Sporting Spine Regensburg, 2020; Kopieren und Vervielfältigung untersagt.)

<p><b>1 - Schmerzintensität</b></p> <p>A. Ich habe keinen Schmerz          B. Der Schmerz ist sehr sehr gering          C. Der Schmerz kommt und geht und ist mittelstark          D. Der Schmerz verändert sich nicht sehr und ist mittelstark          E. Der Schmerz kommt und geht und ist sehr stark          F. Der Schmerz verändert sich nicht und ist sehr stark</p>	<p><b>6 - Stehen</b></p> <p>A Ich kann schmerzfrei so lange stehen wie ich will.          B Stehen verursacht evtl. Etwas Schmerz, aber er wird nicht schlimmer.          C Stehen verursacht evtl. Etwas Schmerz, aber wenn ich mein Gewicht verlagere wird es besser.          D Stehen verursacht evtl. Etwas Schmerz, der allerdings nicht besser wird wenn ich mein Gewicht verlagere.          E Ich bekomme bald Schmerzen wenn ich stehe.          F Ich vermeide Stehen, weil ich sofort Schmerzen bekomme.</p>
<p><b>2 - Körperpflege</b></p> <p>A Ich kann meine Körperpflege und An-und Ausziehen ausführen, ohne dass meine Schmerzen schlimmer werden.          B Ich kann meine Körperpflege und An-und Ausziehen ausführen, aber es verursacht Schmerzen.          C Körperpflege und An-und Ausziehen verursachen mehr Schmerzen, aber ich kann dies ohne Einschränkungen durchführen          D Körperpflege und An-und Ausziehen verursachen mehr Schmerzen, und ich kann dies nicht mehr wie gewohnt ausführen          E Ich kann mich wegen dem Schmerz nur teilweise alleine An-und Ausziehen oder Waschen.          F Ich kann mich wegen dem Schmerz nicht mehr alleine Waschen oder An-und Ausziehen</p>	<p><b>7 - Schlafen</b></p> <p>A Ich habe nachts keinen Schmerz und schlafe durch.          B Ich habe etwas Schmerzen nachts, aber schlafe durch.          C Ich habe etwas Schmerzen nachts und wache manchmal davon auf.          D Ich bekomme nachts Schmerzen die meinen Schlaf öfter unterbrechen.          E Ich bekomme nachts Schmerzen, die meinen Schlaf regelmässig unterbrechen          F Ich kann wegen meiner Schmerzen nicht mehr schlafen.</p>
<p><b>3 – Heben</b></p> <p>A Ich kann schwere Gewichte ohne Schmerzen heben.          B Ich kann schwere Gewichte heben, aber der Schmerz wird mehr.          C Ich kann wegen meinem Schmerz keine schweren Gewichte aus hohen Positionen heben.          D Ich kann wegen meinen Schmerzen keine schweren Gewichte vom Boden aufheben, aber schaffe es wenn diese auf einem Tisch oder ähnlichem gelagert sind.          E Ich kann wegen meinen Schmerzen keine schweren Gewichte heben, aber mittelmässig schwere Gewichte wenn sie passend positioniert sind.          F Ich kann nur sehr leichte Gewichte aufheben.</p>	<p><b>8 – Soziales Leben</b></p> <p>A Mein Soziales Leben ist normal und hat nichts mit meinen Schmerzen zu tun.          B Mein Soziales Leben ist normal aber verstärkt meine Schmerzen.          C Schmerz hat keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, aber verhindert, dass ich anspruchsvollere Aktionen (Tanzen bspw.,.....) durchführe.          D Der Schmerz hat mein Sozialleben eingeschränkt und ich gehe nicht mehr oft aus dem Haus.          E Der Schmerz hat dazu geführt dass ich mein Haus nicht mehr verlasse.          F Ich habe praktisch kein Soziales Leben mehr wegen meiner Schmerzen.</p>
<p><b>4 - Gehen</b></p> <p>A Ich kann so lange ich will ohne Schmerzen gehen.          B Beim Gehen bekomme ich Schmerzen, die nicht mehr werden.          C Beim Gehen bekomme ich Schmerzen, die ich durch meine Geschwindigkeit beeinflussen kann.          D Ich bekomme nur Schmerzen wenn ich lange Distanzen zurücklege.          E Ich bekomme schon bei kurzen Strecken Schmerzen.          F Ich vermeide Gehen, den es führt sofort zu Schmerzen.</p>	<p><b>9 - Reisen</b></p> <p>A Ich habe keine Schmerzen während ich Reise.          B Ich habe etwas Schmerzen bei meinen Reisen, aber das schränkt mich nicht ein.          C Ich bekomme zusätzlichen Schmerz wenn ich Reise, aber ich plane dann andere Aktivitäten und lasse mich nicht einschränken.          D Ich bekomme zusätzliche Schmerzen beim Reisen, was mich oft dazu zwingt meine Pläne umzuwerfen.          E Der Schmerz hinder mich daran auf Reisen zu gehen.          F Ich kann nur liegend Reisen.</p>
<p><b>5 – Sitzen</b></p> <p>A Ich kann auf jedem Stuhl so lange ich will sitzen, ohne Schmerzen zu bekommen.          B Ich kann nur auf bestimmten Stühlen sitzen ohne Schmerzen zu bekommen.          C Ich bekomme nur Schmerzen wenn ich von einem Stuhl aufstehe.          D Ich bekomme bei vielen Stühlen Schmerzen beim Sitzen.          E Ich bekomme sofort Schmerzen wenn ich mich auf die meisten Stühle setze.          F Ich bekomme sofort Schmerzen egal wo ich mich hinsetze.</p>	<p><b>10 – Veränderungen des Schmerzes</b></p> <p>A Mein Schmerz ist weg.          B Mein Schmerz wird sehr schnell besser.          C Mein Schmerz ändert sich immer mal, aber wird besser.          D Mein Schmerz wird weder besser noch schlechter.          E Mein Schmerz wird langsam immer schlimmer.          F Mein Schmerz wird schnell zunehmend schlimmer.</p>

Name : \_\_\_\_\_ Unterschrift : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_