

## Owestry Disability Index (ODI)

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Problemen bei alltäglichen Aktivitäten, die durch Ihre Rücken- oder Beinbeschwerden verursacht werden. Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten zwei Aussagen auf Ihren aktuellen Zustand zu treffen, kreuzen Sie bitte nur die Aussage an, die am ehesten zu trifft.

<b>1. Schmerzintensität</b>	
0	Momentan habe ich keine Schmerzen.
1	Ich habe im Moment sehr geringe Schmerzen.
2	Ich habe im Moment mäßige Schmerzen.
3	Ich habe im Moment ziemlich starke Schmerzen.
4	Ich habe im Moment sehr starke Schmerzen.
5	Ich habe im Moment die stärksten Schmerzen, die ich mir vorstellen kann.
<b>2. Körperpflege (z.B. Waschen, Anziehen)</b>	
0	Ich kann meine Körperpflege erledigen, ohne dass dies zusätzliche Schmerzen verursacht.
1	Ich kann meine Körperpflege erledigen, aber es verursacht mir zusätzliche Schmerzen.
2	Das Erledigen der Körperpflege ist schmerzhaft, und ich bin dabei langsam und vorsichtig.
3	Ich brauche etwas Hilfe, aber ich kann den grössten Teil meiner Körperpflege selbst besorgen.
4	Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Verrichtungen meiner Körperpflege.
5	Ich ziehe mich nicht an, wasche mich nur mit Mühe und bleibe im Bett.
<b>3. Heben</b>	
0	Ich kann schwere Gegenstände ohne zusätzliche Schmerzen heben.
1	Ich kann schwere Gegenstände heben, aber dies verursacht zusätzliche Schmerzen.
2	Meine Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden aufzuheben. Aber ich kann schwere Gegenstände heben, wenn sie günstig positioniert sind (z.B. auf dem Tisch).

3	Meine Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden aufzuheben. Aber ich kann mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie günstig positioniert sind.
4	Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
5	Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.
<b>4. Gehen</b>	
0	Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
1	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
2	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0.5 km zu gehen.
3	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
4	Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
5	Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

<b>5. Sitzen</b>	
0	Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen wie ich möchte.
1	Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen wie ich möchte.
2	Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
3	Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
4	Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
5	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.
<b>6. Stehen</b>	
0	Ich kann so lange stehen wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
1	Ich kann so lange stehen wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
2	Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
3	Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
4	Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
5	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.
<b>7. Schlafen</b>	

0	Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
1	Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
2	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
3	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
4	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
5	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.
<b>8. Sexualleben (falls zutreffend)</b>	
0	Mein Sexualleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
1	Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
2	Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
3	Mein Sexualleben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
4	Ich habe auf Grund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
5	Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.
<b>9. Sozialleben</b>	
0	Mein Sozialleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
1	Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
2	Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, ausser dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport einschränken.
3	Schmerzen schränken mein Sozialleben ein, und ich gehe nicht mehr so oft aus.
4	Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
5	Ich habe auf Grund von Schmerzen kein Sozialleben.
<b>10. Reisen</b>	
0	Ich kann überallhin reisen, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
1	Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
2	Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
3	Ich kann auf Grund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
4	Ich kann auf Grund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
5	Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, ausser zur medizinischen Behandlung.

**Auswertung:**

erreichte Punkte (\_\_\_)/max. Punkte (50) x100 = \_\_\_\_\_ %

**Interpretation:** 0% = keine Einschränkung, 100% = max. Einschränkung