

back-feedback 01

Im Rahmen der vorliegenden Befragung geht es darum, die Wirksamkeit des TensionTerminators zu erfassen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **VOR** der ersten Anwendung aus (am selben oder max. vorhergehenden Tag). Den zweiten Fragebogen füllen Sie dann bitte drei Wochen später aus. Vielen Dank!

Alter: 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60 / 60+

Arbeitszeit pro Woche: 10-20 / 20-30 / 30-40 / 50+

Haben Sie Schmerzen bzw. Verspannungen im Rücken- oder Schulter-Nacken-Bereich?

Ja Nein (bei „Nein“ ist der Fragebogen hier zu Ende)

Falls ja, bewerten Sie bitte die Intensität Ihrer Schmerzen bzw. Verspannungen in der Skala von 1 bis 10 (1 = keine Schmerzen; 10 = intensive Schmerzen)

Schulter-Nacken 1 10

Halswirbelsäule 1 10

Brustwirbelsäule 1 10

Unterer Rücken 1 10

Wie häufig haben Sie Schmerzen bzw. Verspannungen?

mehrmals täglich 1x/Tag 1-2x/Woche weniger als 1x/Woche

Wie lange haben Sie diese Schmerzen bzw. Verspannungen bereits?

seit ich hier arbeite schon vorher → Insgesamt _____ Jahre

Waren oder sind Sie wegen Ihren Schmerzen bzw. Verspannungen in Behandlung?

Ja Nein → Art & Häufigkeit der Behandlung:

Waren Sie wegen Ihren Schmerzen bzw. Verspannungen schon einmal im Krankenstand?

Ja Nein → Häufigkeit & Dauer: _____

Nehmen Sie aufgrund der Verspannungen Medikamente?

Ja Nein → Häufigkeit & Zeitraum: _____

