

Low back pain rating scale - funktion

I nedenstående spørgsmål skal du vurdere din fysiske/psykiske formåen I hverdagen I de sidste 14 dage.

Sæt ét kryds på hver linie:

	Ja	Kan give problemer	Nej
1. Vågner du om natten pga. ryg-/bensmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klarer du daglige gøremål uden at din ryg nedsætter aktiviteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klarer du lettere gøremål i hjemmet, som fx at vande blomster eller bære tallerkener fra bordet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan du selv tage sko og strømper på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kan du bære to fulde indkøbsposer (10 kg i alt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan du selv komme op fra en lav lænestol uden besvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kan du læne dig frem over håndvasken for at børste tænder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kan du gå op ad trappen fra én etage til en anden uden at hvile pga. ryg-/bensmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kan du gå 400 m uden at hvile pga. ryg-/bensmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kan du løbe 100 m uden at hvile pga. ryg-/bensmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kan du cykle eller køre bil/bus uden ryg-/bensmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Føler du, at ryg-/bensmerterne har indflydelse på dine følelsesmæssige forhold til den nærmeste familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hæmmer ryg-/bensmerterne dit sexliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tror du, at der er noget arbejde, som din ryg ikke kan klare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tror du, at rygsygdommen vil få indflydelse på din fremtid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>