

Schweizerisches VKB Register Primärversorgung - Formular A

(VKB - Vorderes Kreuzband)

Patienteninformationen

Stammdaten

ALLGEMEIN

Format *MINIMAL* repräsentiert die *MINIMALEN* Pflichtfragen des Schweizerischen VKB Registers.

- Format

minimal	wissenschaftlich
Anterior	
- Rupturdatum (tt.mm.jjjj)
- Untersuchungsdatum (tt.mm.jjjj)
- Grösse (cm) (100 - 250)
Grösse/Gewicht unbekannt (optional)
unbekannt/nicht dokumentiert
- Gewicht (kg) (20 - 250)
BMI (optional)
- Berufskategorie

Schwere körperliche Arbeit	Leichte körperliche Arbeit
Sitzende Tätigkeit	
- Unfallhergang / Sportart

Fussball	Skifahren
Tennis / Badminton	Leichtathletik
Handball	Squash
Unihockey	Fahrrad
Haushalt	Arbeit
anderer	

Spezifizieren Sie anderen Unfallhergang

8. Hauptsächlich ausgeführte Sportart

Fussball	Skifahren
Tennis / Badminton	Leichtathletik
Handball	Squash
Unihockey	Fahrrad
andere	

Spezifizieren Sie andere hauptsächlich ausgeführte Sportart

9. Vorgängige Operationen am betroffenen Knie (1 - 5)

keine	Meniskektomie med.
Meniskektomie lat.	Meniskusnaht med.
Meniskusnaht lat.	andere

Spezifizieren Sie andere vorgängige Operationen

KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Lachman

10. Messmethode (optional)

Rolimeter	KT 1000/2000
-----------	--------------

11. Lachman in mm - verletzt (mm) (0 - 20)

12. Lachman in mm - Gegenseite (mm) (0 - 20)

Differenz Lachman verletzte Seite/Gegenseite (-99 - 99) (optional)

13. Hatten Sie auf der Gegenseite bereits eine Kreuzbandverletzung?

nein	ja
------	----

14. Falls JA, wurde die vorgängige Kreuzbandverletzung operativ versorgt?

ja, operiert	nein, nicht operiert
--------------	----------------------

Freitextfeld (optional)

Tegner Score vor der Verletzung

TEGNER SCORE vor der Verletzung

Total Score (optional)

1. Tegner Score

Aufgrund Ihrer Knieprobleme haben Sie einen Krankenschein oder erhalten eine Berufsunfähigkeitsrente

Beruf: Leichte Arbeit, Laufen auf unebenem Boden möglich, jedoch Spaziergänge durch den Wald sind unmöglich

Beruf: mässige körperliche Arbeit (z.B. LKW-Fahrer, schwere Hausarbeit), Freizeitsportarten wie z.B. Radfahren, Langlauf und Joggen auf ebener Strecke mindestens 2x wöchentlich möglich

Freizeitsport: Tennis, Badminton, Handball, Basketball; Abfahrtsski, 5x Joggen pro Woche

Leistungssport: Squash oder Badminton, Leichtathletik (Weitsprung), Abfahrtsski

Leistungssport: National und international, z.B. Fussball

Beruf: sitzende Tätigkeit, Gehen auf ebener Strecke möglich

Beruf: Leichte Arbeit (z.B. Krankenpflege), Freizeit und Leistungssportarten möglich, z.B. Schwimmen, Laufen im Wald

Beruf: Schwere körperliche Arbeit, Leistungssport z.B. Radfahren, Langlauf; Freizeitsport z.B. Joggen auf unebener Strecke 2x pro Woche

Leistungssport: Tennis, Leichtathletik (Laufen), Motocross fahren, Speedwayrennen, Handball, Basketball; Freizeitsport: Fussball, Eishockey, Squash, Leichtathletik (Weitsprung)

Leistungssport: Obere Liga, z.B. Fussball, Eishockey, Gymnastik, Wrestling

Lysolm Score vor der Verletzung

LYSOLM SCORE vor der Verletzung

Total Punkte (optional)

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Hinken | kein
Stark und konstant | Leicht oder gelegentlich |
| 2. Hilfsmittel | keine
Belastung nicht möglich | Stock oder Unterarmgehstütze |
| 3. Treppensteigen | keine Probleme
Stufe für Stufe | Leicht eingeschränkt
Unmöglich |
| 4. Kniebeugen (in die Hocke gehen) | keine Probleme
Nicht mehr als 90° | Leicht eingeschränkt
Unmöglich |

5.	Instabilität Niemals 'giving way' (einknicken) Regelmässig während des Sports oder anderer starker Anstrengung (oder Teilnahme unmöglich) Oft bei Alltagsaktivitäten	Selten während des Sports oder anderer starker Anstrengung Gelegentlich bei Alltagsaktivitäten Bei jedem Schritt
6.	Blockieren kein Blockieren und kein Gefühl des Einklemmens Gelegentliches Blockieren Blockiertes Gelenk bei der Untersuchung	Gefühl des Einklemmens aber kein Blockieren Regelmässiges Blockieren
7.	Schmerzen keine Deutlich während starker Anstrengung Deutlich während oder nach weniger als 2 km Gehen	Nicht immer und leicht während starker Anstrengung Deutlich während oder nach mehr als 2 km Gehen Konstant
8.	Schwellung keine Bei gewöhnlicher Anstrengung	Bei starker Anstrengung Konstant

IKDC - Subjektiver Knieevaluationsscore - vor der Verletzung

IKDC Subjektiver Knieevaluationsscore - vor der Verletzung

Total Punkte / in % (von max. 87 Punkten)
(optional)

Symptome

Wählen Sie zur Beurteilung der Symptome die höchste Aktivitätsstufe, die Sie Ihrer Meinung nach ohne erhebliche Symptome VOR DER VERLETZUNG ausüben konnten, selbst wenn Sie auf dieser Stufe keine Aktivitäten ausübten.

1.	Was war die höchste Aktivitätsstufe, die Sie vor der Verletzung ohne erhebliche Schmerzen im Knie ausüben konnten? (optional) Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fussbelastung (Basketball oder Fussball) Mässig anstrengende Aktivitäten wie mässige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen Ich kann aufgrund meiner Schmerzen im Knie keine der oben genannten Aktivitäten ausführen	Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit
----	---	--

Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schmerzen? Kreuzen Sie eines der Kästchen in der nachstehenden Skala an. Die Skala beginnt mit 0 (Nie) und geht mit zunehmender Häufigkeit der Schmerzen bis zu 10 (ständige Schmerzen)

2. Schmerzen - Häufigkeit (optional)

0 nie	1
2	3
4	5
6	7
8	9
10 ständige Schmerzen	

Wie stark waren Ihre Schmerzen vor der Verletzung? Kreuzen Sie eines der Kästchen in der nachstehenden Skala an. Die Skala beginnt mit 0 (keine Schmerzen) und geht mit zunehmender Stärke der Schmerzen bis zu 10 (unerträgliche Schmerzen).

3. Schmerzen - Intensität (optional)

0 keine	1
2	3
4	5
6	7
8	9
10 unerträgliche Schmerzen	

Wie steif oder geschwollen war Ihr Knie während der vergangenen 4 Wochen vor dem Auftreten Ihrer Verletzung?

4. Steifigkeit - Schwellung (optional)

Ueberhaupt nicht	Etwas
Ziemlich	Sehr
Extrem	

Was war die höchste Aktivitätsstufe, die Sie vor der Verletzung ohne erhebliches Anschwellen des Knies ausüben konnten?

5. Aktivitätsstufe - ohne Schwellung des Knies (optional)

Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fussbelastung (Basketball oder Fussball)	Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis
Mässig anstrengende Aktivitäten wie mässige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen	Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit
Ich kann aufgrund des geschwollenen Knies keine der oben genannten Aktivitäten ausführen	

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen vor dem Auftreten Ihrer Verletzung ein gesperrtes Knie oder ist Ihr Knie aus- und wieder eingeschnappt?

6. Sperrung - Aus- einschnappen (optional)

ja

nein

Was war die höchste Aktivitätsstufe, die Sie vor der Verletzung ohne erhebliche durch Knieschwäche verursachte Gangunsicherheit einhalten konnten?

7. Höchste Aktivitätsstufe - ohne Gangunsicherheit (optional)

Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fussbelastung (Basketball oder Fussball)

Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis

Mässig anstrengende Aktivitäten wie mässige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen

Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit

Ich kann aufgrund der Knieschwäche keine der oben genannten Aktivitäten ausführen

Sportliche Betätigung

Was war die höchste Aktivitätsstufe, an der Sie vor der Verletzung regelmäßig teilnehmen konnten?

8. Höchste Aktivitätsstufe - Sport (optional)

Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fussbelastung (Basketball oder Fussball)

Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis

Mässig anstrengende Aktivitäten wie mässige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen

Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit

Ich kann aufgrund meines Knies keine der oben genannten Aktivitäten ausführen

Wie schwierig waren aufgrund Ihres Knies die folgenden Aktivitäten vor der Verletzung für Sie?

9.1 Treppensteigen (optional)

Überhaupt nicht schwierig
Ziemlich schwierig
Unmöglich

Minimal schwierig
Extrem schwierig

9.2 Treppe hinuntergehen (optional)

Überhaupt nicht schwierig
Ziemlich schwierig
Unmöglich

Minimal schwierig
Extrem schwierig

9.3	Auf dem vorderen Knie knien (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.4	Hockstellung (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.5	normal sitzen (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.6	Vom Stuhl aufstehen (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.7	Geradeaus laufen (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.8	Hochspringen und auf dem betroffenen Bein landen (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig
9.9	Beim Gehen (bzw. Laufen, wenn Sie Sportler/in sind) schnell anhalten und starten (optional)	Überhaupt nicht schwierig Ziemlich schwierig Unmöglich	Minimal schwierig Extrem schwierig

Funktion

Wie würden Sie die Funktionsfähigkeit Ihres Knies vor der Verletzung auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wobei 10 eine normale und ausgezeichnete Funktionsfähigkeit bezeichnet und 0 die Unfähigkeit, irgendeine Ihrer normalen täglichen Aktivitäten, darunter möglicherweise auch Sport, auszuführen?

10. Funktionsfähigkeit (optional)

0 Unfähig	1
2	3
4	5
6	7
8	9
10 normale Funktion	

Behandlung

BEHANDLUNG

1. Behandlungsdatum (tt.mm.jjjj)

2. Seite - behandeltes Knie

rechts

links

3. Behandlung

konservative Behandlung ohne
chirurgischen Eingriff

chirurgische Behandlung mit
Transplantat (Autograft und
Allograft)

chirurgische Behandlung mit
Medizinprodukt

4. Behandelnder Arzt (optional)

Anderer behandelnder Arzt (optional)

ja

Benennen Sie anderen Arzt

Chirurgische Behandlung mit Transplantat (Autograft / Allograft)

5. Transplantatursprung

Autograft

Allograft

6. Transplantatart

Patellarsehne

Semitendinosusehne

Semitendinosus u. Gracilisehne

Quadrizepssehne

andere

Spezifizieren Sie andere Transplantatart

7. Femorale Fixierung

nichtresorbierbare
Interferenzschraube

resorbierbare Interferenzschraube

Pins

Buttons

andere

Spezifizieren Sie andere femorale Fixierung

8.	Tibiale Fixierung nichtresorbierbare Interferenzschraube Pins andere	resorbierbare Interferenzschraube Buttons
----	--	--

Spezifizieren Sie andere femorale Fixierung

9. Anzahl Tage von Unfall bis OP (0 - 999)

10. Operationszeit (min) (10 - 300)

Chirurgische Behandlung mit Medizinprodukt

11.	Bitte spezifizieren bei chirurgischer Behandlung mit Medizinprodukt >=3 mm AP-Translation im Vergleich zur Gegenseite Patient ist nicht gewillt, seine Aktivität zu reduzieren frische primäre Ruptur des vorderen Kreuzbandes, am OP-Tag nicht älter als 21 Tage	Tegner Score >=4 pivotierende Sportarten/berufliche Tätigkeit
-----	--	--

Zusätzliche Läsionen und/oder operative Massnahmen

12. Zusatzläsionen: Trauma (1 - 13)

keine Lat. Meniskus Knorpel lat. Kondyle Knorpel lat. Plateau Knorpel Trochlea mediales Seitenband Knochen	Med. Meniskus Knorpel med. Kondyle Knorpel med. Plateau Knorpel Patella HKB laterales Seitenband andere
--	---

13. Zusatzläsionen: vorbestehend (1 - 13)

keine Lat. Meniskus Knorpel lat. Kondyle Knorpel lat. Plateau Knorpel Trochlea Ligament medial Knochen	Med. Meniskus Knorpel med. Kondyle Knorpel med. Plateau Knorpel Patella HKB Ligament lateral andere
--	---

Spezifizieren Sie andere Zusatzläsionen: Trauma

Spezifizieren Sie andere Zusatzläsionen:
vorbestehend

14. Zusätzliche operative Massnahmen (1 - 12)	keine Kollagenfließ Naht Meniskus lat. Microfracturing lat. Kondyle Microfracturing lat. Plateau Teilmeniskektomie medial andere	plättchenangereichertes Fibrin (PRF) Naht Meniskus med. Microfracturing med. Kondyle Microfracturing med. Plateau HKB Rekonstruktion Teilmeniskektomie lateral
---	--	---

Benennen Sie andere zusätzliche Massnahmen

Rupturklassifikation

15. VKB-Rupturlokalisierung (optional)	A - proximal C - distal	B - mittleres Drittel
16. VKB-Rupturmuster (optional)	1 - ein Bündel 3 - aufgefasert	2 - zwei Bündel
17. VKB-Synovialschlauch (optional)	1 - intakt 3 - intakt <50%	2 - intakt >=50%

Ruptur-Klassifikation (optional)

18. Reposition, Resultat	anatomisch nicht anatomisch	nahezu anatomisch
--------------------------	--------------------------------	-------------------

KOMPLIKATIONEN UND PROBLEME

19. Komplikationen und Probleme während OP?	nein	ja
---	------	----

Falls JA, benennen Sie Komplikationen und Probleme

PIVOT SHIFT

20. Pivot shift intraop.	negativ ++ (dumpf) nicht durchgeführt	+ (gleiten) +++ (laut)
21. Pivot shift intraop., Gegenseite	negativ ++ (dumpf) nicht durchgeführt	+ (gleiten) +++ (laut)

SPEZIFIKATION MEDIZINPRODUKTE

22. Erfassung Medizinprodukt

ja

nein

Falls NEIN, bitte spezifizieren Sie:

Freitextfeld (optional)

Entlassung

ENTLASSUNG

1. Entlassungsdatum (tt.mm.jjjj)

2. Komplikationen nach OP (1 - 4)

keine

Infektion

andere

Hämatom

Thrombose

Benennen Sie andere Komplikationen

3. Behandlung der Komplikation (1 - 4)

keine

Rearthroskopie

Punktion

andere

Benennen Sie andere Behandlung