

# Schweizerisches VKB Register Nachuntersuchung - Formular C

## Patienteninformationen

## Nachuntersuchung

### ALLGEMEIN

1. Untersuchungsdatum (tt.mm.jjjj)

2. Seite - behandeltes Knie

Rechts

Links

3. Typ Untersuchung

Klinisch

Telefonisch

4. Untersuchung

Reguläre Nachkontrolle

Patient lost-to-follow-up

Spezifizieren Sie Ursache für lost-to-follow-up

5. Untersuchungsintervall

6 Wochen

3 Monate

6 Monate

9 Monate

1 Jahr

2 Jahre

3 Jahre

4 Jahre

5 Jahre

6 Jahre

7 Jahre

8 Jahre

9 Jahre

10 Jahre

11 Jahre

12 Jahre

13 Jahre

14 Jahre

15 Jahre

>15 Jahre

Spezifizieren Sie >15 Jahre (16 - 99)

### KOMPLIKATIONEN

*Bitte füllen Sie im Falle eines Therapieversagens ein Formlar B aus!*

6. Komplikationen (1 - 5)

Keine

Infektion

Thrombose

Hämatom

Arthrofibrose

Andere

Spezifizieren Sie andere Komplikation

7. Behandlung der Komplikation

Keine  
Punktion  
Antibiose

Mobilisation  
Arthrolyse  
Andere

Spezifizieren Sie andere Behandlung

8. Sekundäre degenerative Veränderungen

Keine  
Meniskusschaden lateral  
Knorpelschaden femoral lateral  
Knorpelschaden tibial lateral  
Andere

Meniskusschaden medial  
Knorpelschaden femoral medial  
Knorpelschaden tibial medial  
Knorpelschaden retropatellar

Spezifizieren Sie andere sekundäre degenerative Veränderungen

9. Behandlung der sekundären deg. Veränderungen

Keine  
Meniskusrefixation lateral  
Meniskektomie lateral  
Mosaikplastik  
Prothese unikondylär  
Andere

Meniskusrefixation medial  
Meniskektomie medial  
Mikrofracturing  
Hohe Tibiaosteotomie  
Prothese bikondylär

Spezifizieren Sie andere Behandlung deg. Veränderung

10. MRI gemacht?

Ja

Nein

## LACHMAN

11. Messmethode (optional)

Rolimeter

KT 1000/2000

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

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

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

## BEWEGUNGSSUMFANG - Neutral-0-Methode

### Flexion / Extension PASSIV

14. Flexion (-30 - 150)

15. Neutral (-20 - 20)

16. Extension (-60 - 30)

## PIVOT SHIFT

Bitte Untersuchung Pivot Shift erst ab dem 1 Jahres follow-up durchführen

### 17. Pivot shift (optional)

Negativ	+ (Gleiten)
++ (Dumpf)	+++ (Laut)
Nicht durchgeführt	

Freitextfeld (optional)

## Tegner Score postoperativ

### TEGNER SCORE postoperativ

Total Score (optional)

#### 1. Tegner Score

Aufgrund Ihrer Knieprobleme haben Sie einen Krankenschein oder erhalten eine Berufsunfähigkeitsrente

Beruf: sitzende Tätigkeit, Gehen auf ebener Strecke möglich

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungssport: National und international, z.B. Fussball

## Lysolm Score postoperativ

### LYSOLM SCORE postoperativ

Total Punkte (optional)

#### 1. Hinken

Kein	Leicht oder gelegentlich
Stark und konstant	

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

### Visuelle Analogskala (VAS) - Zufriedenheit

VAS scale: 0 - 10

9. Zufriedenheit (0 - 10)

## IKDC - Subjektiver Knieevaluationsscore

### IKDC Subjektiver Knieevaluationsscore

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

### Symptome

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

1. Was ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliche Schmerzen im Knie ausüben können? (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 meiner Schmerzen im Knie keine der oben genannten Aktivitäten ausführen

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 sind Ihre Schmerzen? 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?

4. Steifigkeit - Schwellung (optional)

Überhaupt nicht	Etwas
Ziemlich	Sehr
Extrem	

Was ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliches Anschwellen des Knies ausüben können?

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 ein blockiertes Knie, oder ist Ihr Knie aus- und wieder eingeschnappt?

6. **Blockade - Aus- einschnappen (optional)**
- |    |      |
|----|------|
| Ja | Nein |
|----|------|

Was ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliche durch Knieschwäche verursachte Gangunsicherheit einhalten können?

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 ist die höchste Aktivitätsstufe, an der Sie regelmäßig teilnehmen können?

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 sind aufgrund Ihres Knies die folgenden Aktivitäten 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 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	

## MRI-Beurteilung

MRI nicht beurteilbar (optional)

## Beurteilung nach Howell

1. Status VKB

Grad 1, Homogenes Signal mit tiefer Intensität

Grad 2, mindestens 50% normales Ligament- Signal, Rest erhöhte Signalintensität

Grad 3, weniger als 50% mit normalem Signal, Rest erhöhte Signalintensität

Grad 4, ganzes Band zeigt erhöhte Signalintensität

## Assessment acc. to Kuehne

Total Punkte (optional)

2. Signalintensität

Tiefe Signalintensität über den gesamten Verlauf  
Erhöhte Signalintensität

Nur teilweise tiefe Signalintensität

3. Durchgehende Rekonstruktion

Gut definiertes Band

Wellige Bandkontur aber durchgehend

Band nicht abgegrenzt

## Arbeitsfähigkeit



## ARBEITSFAEHIGKEIT

1. Anzahl Tage von Behandlung bis 100%  
Arbeitsfähigkeit

Freitextfeld (optional)