

**Anweisungen**

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Seite  Einverständnis Patient  
 rechts  liegt vor  
 links  liegt nicht vor

**Fragetypen**  
 nur 1 Antwort erlaubt  
 mehrere Antworten erlaubt

Nur zum internen Gebrauch.  
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Geburtsvorname		Geschlecht	
Strasse			Pat.-Nr.		
Land		Postleitzahl		Wohnort	
Sozialversicherungsnummer			Geburtstag (TT.MM.JJJJ)		
Geburtsnachname		Geburtsort		Bundes- / Geburtsland	

Pflichtangaben

**Nachuntersuchung**

**Nachuntersuchungsdatum** \_\_\_\_\_

**Tag** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
**Monat** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12      **Jahr** 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

**Status Nachuntersuchung** \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nachkontrolle durchgeführt                  | <input type="checkbox"/> Arztwechsel              |
| <input type="checkbox"/> Patient verhindert, Röntgenbilder verfügbar | <input type="checkbox"/> Patient unauffindbar     |
| <input type="checkbox"/> Patient verhindert                          | <input type="checkbox"/> Patient verstorben ..... |
| <input type="checkbox"/> Patient verweigert                          |   |

**Todesjahr**

- |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2010 | <input type="checkbox"/> 2012 | <input type="checkbox"/> 2014 | <input type="checkbox"/> 2016 | <input type="checkbox"/> 2018 | <input type="checkbox"/> 2020 | <input type="checkbox"/> 2022 | <input type="checkbox"/> 2024 |
| <input type="checkbox"/> 2011 | <input type="checkbox"/> 2013 | <input type="checkbox"/> 2015 | <input type="checkbox"/> 2017 | <input type="checkbox"/> 2019 | <input type="checkbox"/> 2021 | <input type="checkbox"/> 2023 | <input type="checkbox"/> 2025 |

**Anzahl OSG-Arthroplastiken** 1 2 3 4 5 6 6 Bitte spezifizieren Sie >6 (in Mte.).....

**Untersuchungszeitpunkt nach OP** Bitte Anzahl der OSG-Arthroplastiken und Untersuchungszeitpunkt auch im Todesfall angeben.

- |                                   |                                  |                                   |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 7 Jahre  | <input type="checkbox"/> 12 Jahre        |
| <input type="checkbox"/> 3 Monate | <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> 8 Jahre  | <input type="checkbox"/> 13 Jahre        |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate | <input type="checkbox"/> 4 Jahre | <input type="checkbox"/> 9 Jahre  | <input type="checkbox"/> 14 Jahre        |
| <input type="checkbox"/> 9 Monate | <input type="checkbox"/> 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 10 Jahre | <input type="checkbox"/> 15 Jahre        |
| <input type="checkbox"/> 1 Jahr   | <input type="checkbox"/> 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 11 Jahre | <input type="checkbox"/> >15 Jahre ..... |

**BEURTEILUNG UND PROZEDERE**

**Radiologische/klinische Untersuchung** \_\_\_\_\_

**Tibia-Komponente**

- keine Lockerung
- mögliche Lockerung
- wahrscheinliche Lockerung
- definitive Lockerung

**Talus-Komponente**

- keine Lockerung
- mögliche Lockerung
- wahrscheinliche Lockerung
- definitive Lockerung

**Infektion**

- keine
- vermutlich
- definitiv

**Patientenzufriedenheit**

- exzellent
- gut
- mittelmässig
- schlecht

**Entscheidung**

- keine weitere Nachuntersuchung
- weitere Nachuntersuchung
- Operation/Revision vorgesehen

*Bitte ausser bei Tod immer angeben.*

**Komplikationen**

**Systemische postoperative Komplikationen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine                    | <input type="checkbox"/> gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> kardiovaskulär           | <input type="checkbox"/> urologisch       |
| <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose | <input type="checkbox"/> neurologisch     |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie            | <input type="checkbox"/> Tod              |
| <input type="checkbox"/> respiratorisch           | <input type="checkbox"/> andere .....     |

**Lokale postoperative Komplikationen**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine               | <input type="checkbox"/> Komponentendislokation |
| <input type="checkbox"/> Hämatom             | <input type="checkbox"/> Nervenschädigung       |
| <input type="checkbox"/> Gefässverletzung    | <input type="checkbox"/> Hautnekrose            |
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung | <input type="checkbox"/> andere .....           |
| <input type="checkbox"/> Infektion           |   |

Allgemeine Bemerkungen: \_\_\_\_\_