



2012

Anweisungen

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

Seite rechts links
Einverständnis Patient liegt vor 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: _____