

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Felder sind komplett auszufüllen.

**Fragetypen**  genau 1 Antwort  
 mehrere Antworten

**Seite** \_\_\_\_\_ **Format** \_\_\_\_\_ **Einverständnis Patient** \_\_\_\_\_  
 rechts  minimal  liegt vor  
 links  wissenschaftlich  liegt nicht vor

Wenn Format "minimal" markiert ist, sind nur die farbig unterlegten Fragen erlaubt.  
Wenn "wissenschaftlich" markiert ist, sind fett umrandete Subformulare obligatorisch.

Nur zum internen Gebrauch.  
Nicht vom Scanner gelesen.

Pflichtangaben *minimal / wissenschaftlich*

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

**Aufnahme**

Tag (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) (C11) (C12) (C13) (C14) (C15) (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)  
 Monat (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) (C11) (C12) Jahr (C10) (C11) (C12) (C13) (C14) (C15) (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25)

**Grösse\*\* (cm)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen .....  
 135  140  145  150  155  160  165  170  
 175  180  185  190  195  200  205  210  
**Gewicht\*\* (kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen .....  
 35  40  45  50  55  60  65  70  
 75  80  85  90  95  100  105  110

**Hauptdiagnose**  
 primäre Osteoarthritis  
 Rheumatoide Arthritis  
 Zustand nach Fraktur  
 Zustand nach Bandverletzung  
 Z. n. sonstigem SG-Trauma  
 Osteonekrose  
 andere .....

**Frühere Operationen**  
 keine  
 Osteosynthese Fraktur  
 Bandnaht/Bandplastik  
 Synovektomie arthroskopisch  
 Synovektomie offen

**Rückfuss**  Varus  Valgus  neutral  
**Beinachse**  Varus  Valgus  neutral

**Talonaviculararthrose**  ja  nein  
**USG-Arthrose**  ja  nein  
**Fussdeformitäten**  keine  Senkfuss  
**Status OSG Gegenseite**  
 gesund  OSG-Prothese  Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese  Z.n. Synovektomie  
 erkrankt, nicht operiert  OSG-Arthrodeese  Z.n. Fraktur mit Osteosynthese  Z.n. Arthroskopie

**Aufnahme Zusatz** (optional)  Diese optionale Subform aktivieren

**SUBDIAGNOSE**  
**Rheumatoide Arthritis**  
 chron. Polyarthritis  
 juvenile Arthritis  
 andere .....

**Zustand nach Fraktur**  
 fibulär  Talus  
 tibial  Mittelfuss  
 Kalkaneus

**Z. n. Bandverletzung**  
 medial  
 lateral  
 andere .....

**Zustand n. sonstigem OSG-T**  
 spezifizieren: .....

**Osteonekrose**  
 idiopathisch  
 steroidale Genese  
 Osteochondrosis dissecans  
 andere .....

**KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG**

**Status rechtes Knie**  
 normal  
 erkrankt, nicht operiert  
 Arthroplastik  
 Z.n. Arthroskopie  
 Varische Beinachse  
 Valgische Beinachse  
 anderer .....

**Status linkes Knie**  
 normal  
 erkrankt, nicht operiert  
 Arthroplastik  
 Z.n. Arthroskopie  
 Varische Beinachse  
 Valgische Beinachse  
 anderer .....

**Kontralaterale Talonaviculararthrose**  
 ja  nein

**Kontralaterale USG-Arthrose**  
 ja  nein

**Systemische Erkrankungen**  
 keine  
 neurologisch  
 respiratorisch  
 kardiovaskulär  
 gastrointestinal  
 urologisch

**Varikosis**   
**pAVK**   
**Adipositas**   
**Diabetes mellitus**   
**Syst. inflammat. Erkrankung**   
 andere .....

**Klinische Beurteilung** Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

**Allgemeinzustand (ASA)**  nicht bekannt  ASA3, starke Beeintr.  ASA1, gesund  ASA2, geringe Beeinträchtigung  ASA4, lebensbedrohlich  ASA5, moribund

**Rauchen**  ja  nein  
**Alkohol**  ja  nein

**Schmerz\***  kein Schmerz  leichter  mässiger  stärkster

**Einschränkung der Gehfähigkeit**  
 unilat. erkrankt, Gegenseite gesund  
 unilat. erkrankt, Gegenseite Prothese  
 bilateral erkrankt  
 andere .....

**Schmerzintensität** \_\_\_\_\_ kein Schmerz (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) \_\_\_\_\_ schlimmster Schmerz

**FUNKTION (AOFAS)**

**Aktivitätseinschränkungen\***  
 keine  
 Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten  
 mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit  
 stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit

**Maximale Gehstrecke am Stück\***  
 mehr als 600 Meter  
 zwischen 400 und 600 Meter  
 zwischen 100 und 400 Meter  
 weniger als 100 Meter

**Laufoberflächen/Untergrund\***  
 keine Probleme auf jeglichen Oberflächen  
 mässige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung  
 stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigungen zu gehen

**Gangauffälligkeiten\***  
 keine oder geringe  
 offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)  
 deutliche (G. schwierig und abnorm)

**Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)\***  
 normal oder leichte Einschränkungen (30° oder mehr)  
 mässige Einschränkungen (15 -29°)  
 massive Einschränkungen (weniger als 15°)

**Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)\***  
 normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% d. N.)  
 mässige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)  
 massive Einschränkungen (weniger als 25% der Norm)

**Ausrichtung/Alignment\***  
 gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung  
 mässig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung  
 schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung

**SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)\***  
 stabil  instabil

**Klinische Beurteilung Zusatz** (optional)  Diese optionale Subform auswählen

**MOBILITÄT**

**Gangbild**  
 normal  
 hinkend  
 instabiles Gangbild

**Gehhilfen**  
 keine  
 gelegentlich  
 regelmässig

**Orthopädische Hilfsmittel**  
 keine  orthopädische Schuhe  
 Einlagen  andere  
 Schuhzurichtung .....

**Rezidivierende Supinationstraumen**  
 ja  
 nein

**BEWEGUNGSUMFANG**

**Plantarflexion (°)** (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) (C30) (C35) (C40) (C45) (C50) (C55) (C60) (C65) (C70) (C75) (C80) (C85) (C90) (C95) (C100) (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) (C-5) (E10) (E15) (E20) **Inversion (°)** (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) (C30) (C35) (C40) (C45) (C50) (C55) (C60) (C65) (C70) (C75) (C80) (C85) (C90) (C95) (C100) (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) (C-5) (E10) (E15) (E20) **Eversion (°)** (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) (C30) (C35) (C40) (C45) (C50) (C55) (C60) (C65) (C70) (C75) (C80) (C85) (C90) (C95) (C100)

**Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk**  
 keine  intraartikul. Injektion  keine  
 Cortison  andere .....

**Alte OP-Narben**  
 keine  Innenknöchel  ventral, längs  
 Aussenknöchel  ventral, quer  ventral, durch Arthroskopie

**Hautzustand**  
 normal  
 pathologisch

\* = AOFAS - online Scoreberechnung - , \*\* BMI wird online berechnet

Operateur ..... Assistent .....

**Operation**

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)

EINGRIFF

**Implantaterfassung**

- separater Bogen
- manuelle Eingabe online
- Scanner basierte Eingabe

**Fixation**

- keine Schrauben
- Schrauben tibial
- Schrauben talar

**Intraoperative Komplikationen**

- keine
- Fx. Malleolus med.
- Fx. Malleolus lat.
- Fx. Talus
- Gefäßverletzung
- Nervenverletzung
- Sehnenverletzung
- anästhesiologisch
- andere .....

ICD-Codes: .....  
 (Zusätzlich zu online generierten Codes)

**Intraoperative Röntgenkontrolle**

- ja  nein

**Antibiotikaprophylaxe**

- keine
- Einmalgabe
- Zweimalgabe
- öfter

**Therapie der Komplikationen**

- keine
- K-Draht-Osteosynthese
- Verschraubung
- Plattenosteosynthese
- Sehnnahut
- Gefäß- / Nervenahut
- Verwendung einer Revisionskompon.
- andere .....

**Operationsdauer**

- nicht doku.
- <1 Std.
- 1-2 Std.
- 2-3 Std.
- >3 Std.

**Zusätzliche Eingriffe**

- keine
- Achillessehnenverlängerung
- Arthrodesis USG
- Arthrodesis talonavicular
- Arthrodesis calcaneocuboidal
- Calcaneusverschiebung
- Calcaneusverlängerung
- mediale Bandrekonstruktion
- laterale Bandrekonstruktion
- laterale Stabilisierung OSG
- andere .....

Intraop. Plantarflexion (°) (0) (5) (10) (15) (20) (25) (30) (35) (Wenn Ext.kontr. / Versteifung-->) (5) (10) (15) (20) Inversion (°) (0) (5) (10) (15) (20) (25) (30) (35) (10) (15) (20)  
 Bewgl. Dorsalextension (°) (0) (5) (10) (15) (20) (Wenn Flex.kontr. / Versteifung -->) (5) (10) (15) (20) Eversion (°) (0) (5) (10) (15) (20) (25) (30) (35) (10) (15) (20)

**Operation Zusatz**

(optional)  Diese optionale Subform aktivieren

**Qualifikation des Operateurs**

- Spezialisierte Fusschirurg
- Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie
- Facharzt Allgemein Chirurgie
- Orthopäde/Unfallchirurg in Weiterbildung
- Allgemein Chirurgie in Weiterbildung
- andere .....

**Knochendefekt nach Resektion**

- kein
- Tibia
- Talus

**Knochenqualität**

- normal
- sklerotisch
- osteoporös

**Pathologieprobe**

- keine Probe
- histologisch
- bakteriologisch

**Narkose**

- allgemein  andere
- spinal .....
- epidural

**Blutsperre**

- keine  vollständig
- teilweise

**Blutverlust**

- nicht bekannt  < 500 ml  > 500 ml

**Radiologie**

Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

Bilder 1 und 2

WINKELMASSE	valgisch	<b>Winkel Alpha</b>	<input type="checkbox"/> <-15°	<input type="checkbox"/> <-15° bis -11°	<input type="checkbox"/> <-10° bis -6°	<input type="checkbox"/> <-5° bis -1°	<input type="checkbox"/> 0°	<input type="checkbox"/> 1° bis 5°	<input type="checkbox"/> 6° bis 10°	<input type="checkbox"/> 11° bis 15°	<input type="checkbox"/> >15°
	varisch	<b>Winkel Beta</b>	<input type="checkbox"/> <-15°	<input type="checkbox"/> <-15° bis -11°	<input type="checkbox"/> <-10° bis -6°	<input type="checkbox"/> <-5° bis -1°	<input type="checkbox"/> 0°	<input type="checkbox"/> 1° bis 5°	<input type="checkbox"/> 6° bis 10°	<input type="checkbox"/> 11° bis 15°	<input type="checkbox"/> >15°

Dorsalnäheigung Plantarneig.

POSTOPERATIVE RADIOLUZENZEN  
Bilder 3 und 4

Winkel Gamma ..... Grad

**Tibiakomponente**

- nicht vorhanden  vorhanden

**Taluskomponente**

- nicht vorhanden  vorhanden

**Spezifikation postop. Radioluzenzen TIBIA**

RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT
<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1
<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2
<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3
<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4

**Spezifikation postop. Radioluzenzen TALUS**

RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT
<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1
<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2
<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3
<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4

Direkt postoperative Lückenbildung im Bereich der Tibiametaphyse bitte als Radioluzenz < oder > 2 mm in den Zonen 3 und/oder 4 kennzeichnen

**Entlassung**

Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

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)

**Systemische postoperative Komplikationen**

- keine
- kardiovaskulär
- tiefe Beinvenenthrombose
- Lungenembolie
- respiratorisch
- gastrointestinal
- urologisch
- neurologisch
- Tod
- andere .....

**Lokale postoperative Komplikationen**

- keine
- Hämatom
- Gefäßverletzung
- Wundheilungsstörung
- Infektion
- Komponentendislokation
- Nervenschädigung
- Hautnekrose
- andere .....

**Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen**

- keine
- Debridement
- sek. Wundverschluss
- plastische Deckung
- Hämatomevak.
- Inlaywechsel
- TEP-Ausbau
- Spacer
- Arthrodesis
- systemische Antibiose
- andere .....

**Status Komplikationen**

- | Systemisch                             | Lokal                                  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> geheilt       | <input type="checkbox"/> geheilt       |
| <input type="checkbox"/> gebessert     | <input type="checkbox"/> gebessert     |
| <input type="checkbox"/> fortbestehend | <input type="checkbox"/> fortbestehend |

Bild 1, Winkel Alpha

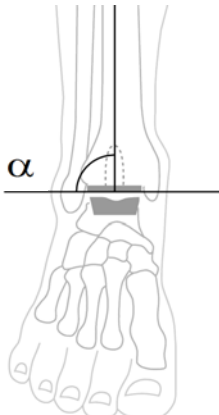


Bild 2, Winkel Beta und Gamma

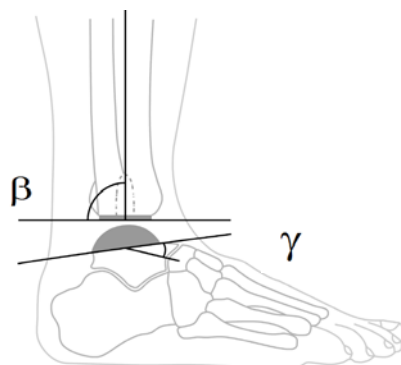


Bild 3, AP RL Zonen

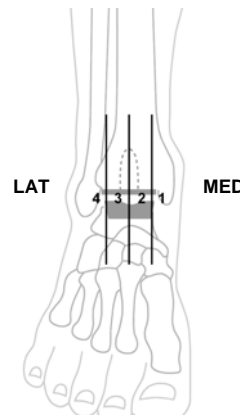


Bild 4, LAT RL Zonen

