

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 | |
| | | | | m / w | |
| Strasse | | | Pat.-Nr. (Klinikintern) | | |
| Land | | Postleitzahl | | Wohnort | |
| Sozialversicherungsnummer | | | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | | |
| Geburtsnachname | | Geburtsort | | Geburts- / Bundesland | |

Pflichtangaben

Aufnahme

Diagnose

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Tibiakomp. | <input type="checkbox"/> Implantatversagen | <input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Tibia |
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Taluskomp. | <input type="checkbox"/> Fraktur | <input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Talus |
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Schrauben | <input type="checkbox"/> Nekrose | <input type="checkbox"/> Einsteifung |
| <input type="checkbox"/> Inlayluxation | <input type="checkbox"/> Fröhinfekt | <input type="checkbox"/> Impingement |
| <input type="checkbox"/> Inlayabnutzung | <input type="checkbox"/> chronischer Infekt | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Spacer | <input type="checkbox"/> ektopische Ossifikationen | <input type="checkbox"/> andere |

Operation

Operationsdatum

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)

Eingriff

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wechsel Tibia | <input type="checkbox"/> laterale Bandrekonstruktion | <input type="checkbox"/> Arthrodese calcaneocuboidal |
| <input type="checkbox"/> Wechsel Talus | <input type="checkbox"/> Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Calcaneusverschiebung |
| <input type="checkbox"/> Wechsel Inlay | <input type="checkbox"/> Arthrolyse | <input type="checkbox"/> Calcaneusverlängerung |
| <input type="checkbox"/> Komponentenausbau | <input type="checkbox"/> Achillessehnenverlängerung | <input type="checkbox"/> Spacer |
| <input type="checkbox"/> sekundärer Wundverschluss | <input type="checkbox"/> Arthrodese OSG | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> laterale Stabilisierung OSG | <input type="checkbox"/> Arthrodese USG | |
| <input type="checkbox"/> mediale Bandrekonstruktion | <input type="checkbox"/> Arthrodese talonavicular | |

PROZEDUR

Implantaterfassung

- ja separater Bogen manuelle Eingabe online Scanner basierte Eingabe
- kein Implantat verwendet

Zusätzliche ICD-Codes (zusätzlich zu online generierten Codes)

.....

Fixation

- keine Schrauben
- Schrauben tibial
- Schrauben talar

Antibiotikaprophylaxe

- keine Zweimalgabe
- Einmalgabe öfter

Intraoperative Komplikationen

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

Therapie der Komplikationen

- keine
- K-Draht-Osteosynthese
- Verschraubung
- Plattenosteosynthese
- Sehennaht
- Gefäss-/Nervennaht
- Verwendung einer Revisionskomponente
- andere

Entlassung

KOMPLIKATIONEN

Systemische postop. 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 postop. 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 | |

Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Hämatomevak. | <input type="checkbox"/> Arthrodese |
| <input type="checkbox"/> Debridement | <input type="checkbox"/> Inlaywechsel | <input type="checkbox"/> systemische Antibiose |
| <input type="checkbox"/> sekund. Wundverschluss | <input type="checkbox"/> TEP-Ausbau | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> plastische Deckung | <input type="checkbox"/> Spacer | |

Operateur

.....

Assistent

.....

Allgemeine Bemerkungen : _____

Implantaterfassung (Für neue implantierte Komponenten. Explantierte Komponenten bitte auf Bogen
"Explantatliste" erfassen.)

Implantat-Hersteller

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DePuy | <input type="checkbox"/> Corin | <input type="checkbox"/> Wright | <input type="checkbox"/> Buechel-Pappas |
| <input type="checkbox"/> SBI | <input type="checkbox"/> Biomet | <input type="checkbox"/> Implantcast | <input type="checkbox"/> RAMSES |
| <input type="checkbox"/> Tornier | <input type="checkbox"/> Smith & Nephew / Plus | <input type="checkbox"/> Finsbury/MedOrtho | <input type="checkbox"/> andere |

Anderen Implantat-Hersteller spezifizieren:

Barcode-Etiketten

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |