

**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** (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**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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**
