

**Anweisungen**

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

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
  - mehrere Antworten

<b>Seite</b>	<b>DAF Format</b>	<b>Einverständnis Patient</b>
<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> minimal	<input type="radio"/> liegt vor
<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> wissenschaftlich	<input type="radio"/> 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.

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

Pflichtangaben

**Nachuntersuchung**

<b>Status Nachuntersuchung</b>	<input type="radio"/> Nachuntersuchung durchgeführt	<input type="radio"/> Patient verhindert	<input type="radio"/> Arztwechsel	<input type="radio"/> Patient verstorben	<b>Todesjahr</b>
	<input type="radio"/> Patient verhindert, Röntgen verfügbar	<input type="radio"/> Patient verweigert	<input type="radio"/> Patient unauffindbar		<input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 25

**Nachuntersuchung**

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  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

<b>Revisionseingriff nach Primäreingriff erfolgt</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Knöchelne Durchbauung</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Untersuchungszeitpunkt</b>	<input type="radio"/> 6 Wochen	<input type="radio"/> 3 Monate	<input type="radio"/> 6 Monate	<input type="radio"/> 9 Monate	<input type="radio"/> 1 Jahr	<input type="radio"/> 2 Jahre	<input type="radio"/> 3 Jahre	<input type="radio"/> 4 Jahre	<input type="radio"/> 5 Jahre	<input type="radio"/> 6 Jahre	<input type="radio"/> 7 Jahre	<input type="radio"/> 8 Jahre	<input type="radio"/> 9 Jahre	<input type="radio"/> 10 Jahre	<input type="radio"/> 11 Jahre	<input type="radio"/> 12 Jahre	<input type="radio"/> 13 Jahre	<input type="radio"/> 14 Jahre	<input type="radio"/> 15 Jahre	<input type="radio"/> > 15 Jahre .....
--	--------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

<b>Radiologisch/klinische Untersuchung</b>	<b>Radiologischer Befund</b>	<b>Infektion</b>	<b>Patientenzufriedenheit</b>	<b>Radiologische Details</b>	<b>Entscheidung</b>
<b>BEURTEILUNG &amp; PROCEDURE</b>	<input type="radio"/> Materiallockerung	<input type="radio"/> sekundärer Korrekturverlust	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> exzellent	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> Materialmigration	<input type="radio"/> fehlende/unzureichende Zentrierung des Talus unter der Tibia im Seitbild bei Arthrodeese	<input type="radio"/> vermutlich	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> Schwungsäume um Schrauben/Bolzen	<input type="radio"/> regelrechte Materiallage und knöchelne Stellung	<input type="radio"/> definitiv	<input type="radio"/> mässig	<input type="radio"/> weitere Operation/Revision vorgesehen
	<input type="radio"/> Rückfussvalgus <5°		<input type="radio"/> schlecht		
	<input type="radio"/> Rückfussvalgus 5-7°				
<input type="radio"/> Rückfussvalgus >7°					
<input type="radio"/> Rückfussvarus					
		<b>Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?</b>			
		<input type="radio"/> ja			
		<input type="radio"/> ich würde mich für ein alternatives Operationsverfahren entscheiden			
		<input type="radio"/> ich würde mich noch nicht operieren lassen			
		<input type="radio"/> nein			

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

**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

<b>Talonaviculararthrose</b>	<b>USG-Arthrose</b>	<b>Fussdeformitäten</b>	<b>Rückfuss</b>	<b>Beinachse</b>
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knickfuss	<input type="checkbox"/> Hohlfuss
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Senkfuss	<input type="checkbox"/> Spreizfuss	<input type="checkbox"/> Varus
				<input type="checkbox"/> Valgus
				<input type="checkbox"/> neutral

**Status OSG Gegenseite**

gesund

erkrankt, nicht operiert

OSG-Prothese

OSG-Arthrodeese

stattgehabte valgusierende Umstellung

stattgehabte varisierende Umstellung

Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese

Z.n. Fraktur mit Osteosynthese

Z.n. Synovektomie

Z.n. Arthroskopie

<b>Status rechtes Knie</b>	<b>Status linkes Knie</b>	<b>Kontralaterale Talonaviculararthrose</b>	<b>Systemische Erkrankungen</b>
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert		<input type="checkbox"/> neurologisch
<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<b>Kontralaterale USG-Arthrose</b>	<input type="checkbox"/> respiratorisch
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> kardiovaskulär
<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> varische Beinachse		<input type="checkbox"/> gastrointestinal
<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	<input type="checkbox"/> valgische Beinachse		<input type="checkbox"/> urologisch
<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie		<input type="checkbox"/> Varikosus
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie		<input type="checkbox"/> pAVK
<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems		<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> anderer .....	<input type="checkbox"/> anderer .....		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
			<input type="checkbox"/> syst. inflamm. Erkrankung
			<input type="checkbox"/> andere .....

<b>KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>Soziale Situation</b>	<b>Arbeitssituation</b>
	<input type="radio"/> lebt mit Partner	<input type="radio"/> nicht gearbeitet seit OP
	<input type="radio"/> lebt mit Familie	<input type="radio"/> ehemalige Arbeit Teilzeit
	<input type="radio"/> lebt allein	<input type="radio"/> ehemalige Arbeit Vollzeit
	<input type="radio"/> lebt in Wohngemeinschaft	<input type="radio"/> ausgesch. nach Wiedereingl.
	<input type="radio"/> lebt in Einrichtung (Pflege-/Altersheim)	<input type="radio"/> Wiedereingliederung, neue Tätigkeit
	<input type="radio"/> andere .....	<input type="radio"/> entlassen
		<input type="radio"/> berentet vor Operation
		<input type="radio"/> berentet seit Operation
		<input type="radio"/> Student/Kind
		<input type="radio"/> Hausarbeit
		<input type="radio"/> andere .....

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

**Klinische Beurteilung**

FUNKTION (AOFAS)\*

**Allgemeinzustand (ASA)**

- nicht bekannt
- ASA1, gesund.
- ASA2, geringe Beeinträchtigung
- ASA3, starke Beeintr.
- ASA4, lebensbedrohlich
- ASA5, moribund

**Rauchen**

- ja   nein

**Alkohol**

- ja   nein

**Schmerzintensität**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- kein Schmerz schlimmster Schmerz

**Schmerz\***

- kein Schmerz
- leichter Schmerz
- mässiger Schmerz
- stärkster Schmerz

**Aktivitätseinschränkungen\***

- keine
- Einschränkung bei Freizeitaktivitäten
- mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit
- stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit

**Schmerzlokalisierung**

- Gelenk  Bandapparat

**Maximale Gehstrecke am Stück\***

- mehr als 600 Meter
- zwischen 400 und 600 Meter
- zwischen 100 und 400 m
- weniger als 100 Meter

**Laufoberflächen/Untergrund\***

- keine Probleme auf jeglichen Oberfl.
- mässige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung
- stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung zu gehen

**Gangauffälligkeiten\***

- keine oder geringe
- offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)
- deutliche (Gehen schwierig und abnorm)

**Einschränkung Gehfähigkeit**

- unilat. Arthrodeese, Gegenst. gesund
- unilat. Arthrodeese, Gegenseite erkrankt
- unilat. Arthrodeese, Gegenst. Proth.
- unilat. Arthrodeese, Gegenst. suprakondyläre Umst.
- bilaterale Arthrodeese
- andere .....

**Ausrichtung/Alignement\***

- gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung
- mässige, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung
- schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung

**Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)\***

- normal o. leichte Einschränkung en (30° o. mehr)
- mässige Einschränkungen (15 -29°)
- massive Einschränkungen (weniger als 15°)

**Erwartungen erfüllt**

- weniger Schmerz  andere .....
- bessere Funktion  nicht erfüllt
- weniger Medikamente

**Status im Vergleich zum letzten Besuch**

- besser   gleich   schlechter

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

- stabil   instabil

**BEWEGUNGSUMFANG**

Inversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40   versteift

Eversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40   versteift

**Klinische Beurteilung Zusatz**

(optional)

Diese optionale Subform auswählen

MOBILITÄT

**Gangbild**

- normal
- hinkend
- instabiles Gangbild

**Gehhilfen**

- keine
- gelegentlich
- regelmässig

**Spez. Gehhilfen**

- Gehstock
- UAGS
- Rollator/Gehbock
- Rollstuhl
- immobil
- andere

**Orthopädische Hilfsmittel**

- keine
- Einlagen
- Schuhzurichtung
- orthopädische Schuhe
- Orthesen
- andere .....

**Analgetika betr. Gelenk**

- keine
- gelegentlich
- regelmässig
- Spez. Analgetika**
- peripher wirksame Analgetika
- zentral wirksame Analgetika
- NSAR

**Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk**

- keine
- Kortison
- andere .....

**Komplikationen**

Antwort "Nachuntersuchung durchgeführt" oder " Pat. verstorben" in Frage "STATUS NACHUNTERSUCHUNG" macht diese Subform obligatorisch.

**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 .....

**Konsequenz**

- keine
- operativ stationär
- konservativ stationär
- operativ ambulant
- konservativ ambulant

**Radiologie**

Antwort "JA" in Frage RADIOLOGISCHE DETAILS (Vorderseite) macht diese Subform obligatorisch.

**Röntgenbefund**

- Materiallockerung
- Schwungsäume um Schrauben/Bolzen
- Brüche Schrauben/Bolzen
- Rückfussvalgus <5°
- Rückfussvalgus 5-7°
- Rückfussvalgus >7°
- kritische Spaltgrösse >5 mm
- fehlende Zentrierung des Talus unter der Tibia im Seitbild +/- 5 mm
- Verzögerte Knochenheilung (3-6 Monate post-OP)
- Pseudarthrose (> 6 Monate post-OP)
- Materialbruch Nagel / Platte
- sekundärer Korrekturverlust der Achse
- regelrechte Materiallage und knöcherner Durchbauung
- regelrechte Materiallage
- andere .....

**Zysten**

- keine
- Tibia
- Talus

**Progrediente Arthrosezeichen angrenzende Mittel-/Rückfussgelenke**

- ja
- nein

\* = AOFAS wird online berechnet