

**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="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> minimal	<input type="checkbox"/> liegt vor
<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> wissenschaftlich	<input type="checkbox"/> 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>	<b>Todesjahr</b>
<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung durchgeführt <input type="checkbox"/> Patient verhindert <input type="checkbox"/> Patient verweigert <input type="checkbox"/> Röntgen verfügbar <input type="checkbox"/> Patient unauffindbar	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Patient verstorben (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (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>Untersuchungszeitpunkt</b>	<b>Revisionseingriff nach Primäreingriff erfolgt</b>
<input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 9 Jahre <input type="checkbox"/> 13 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 6 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> 14 Jahre <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 7 Jahre <input type="checkbox"/> 11 Jahre <input type="checkbox"/> 15 Jahre <input type="checkbox"/> 9 Monate <input type="checkbox"/> 4 Jahre <input type="checkbox"/> 8 Jahre <input type="checkbox"/> 12 Jahre <input type="checkbox"/> > 15 Jahre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Radiologisch/clinische Untersuchung</b>	<b>Patienten-zufriedenheit</b>	<b>Radiologische Details</b>	<b>Entscheidung</b>
<b>Radiologischer Befund</b> <input type="checkbox"/> Materiallockerung <input type="checkbox"/> Materialmigration <input type="checkbox"/> Schwungsäume um Schrauben/Bolzen <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus <5° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus 5-7° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus >7° <input type="checkbox"/> Rückfußvarus <input type="checkbox"/> sekundärer Korrekturverlust <input type="checkbox"/> regelrechte Materiallage und knöcherne Stellung	<b>Infektion</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vermutlich <input type="checkbox"/> definitiv	<input type="checkbox"/> exzellent <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine weitere Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> weitere Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> weitere Operation/Revision vorgesehen <i>Ausser im Todesfall bitte immer angeben.</i>
<b>Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich würde mich für ein alternatives Operationsverfahren entscheiden <input type="checkbox"/> ich würde mich noch nicht operieren lassen <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Knickfuss <input type="checkbox"/> Spreizfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss	<input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral	<input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral

**Status OSG Gegenseite**

<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrothese	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellung <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese	<input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie <input type="checkbox"/> 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"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> varische Beinachse <input type="checkbox"/> valgische Beinachse <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer .....	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> varische Beinachse <input type="checkbox"/> valgische Beinachse <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> Varikosis <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> syst. inflammat. Erkrankung <input type="checkbox"/> andere .....
<b>KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>Soziale Situation</b>	<b>Kontralaterale USG-Arthrose</b>	<b>Arbeitssituation</b>
	<input type="checkbox"/> lebt mit Partner <input type="checkbox"/> lebt mit Familie <input type="checkbox"/> lebt allein <input type="checkbox"/> lebt in Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> lebt in Einrichtung (Pflege-/Altersheim) <input type="checkbox"/> andere .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht gearbeitet seit OP <input type="checkbox"/> ehemalige Arbeit Teilzeit <input type="checkbox"/> ehemalige Arbeit Vollzeit <input type="checkbox"/> ausgesch. nach Wiedereingl. <input type="checkbox"/> Wiedereingliederung, neue Tätigkeit <input type="checkbox"/> entlassen <input type="checkbox"/> berentet vor Operation <input type="checkbox"/> berentet seit Operation <input type="checkbox"/> Student/Kind <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> andere .....

\*\* BMI wird online berechnet

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

Klinische Beurteilung

Allgemeinzustand (ASA)

- not known, ASA1 healthy, ASA2 slight impairment, ASA3 strong impairment, ASA4 life-threatening, ASA5 moribund

Rauchen

- yes, no

Alkohol

- yes, no

Schmerz\*

- no pain, slight pain, moderate pain, strongest pain

Aktivitätseinschränkungen\*

- no, restriction in leisure activities, restrictions in daily and leisure, strongest restrictions in daily and leisure

Schmerzintensität

- no pain, 1-10, worst pain

Schmerzlokalisierung

- joint, bandage

FUNKTION (AOFAS)\*

Maximale Gehstrecke am Stück\*

- >600m, 400-600m, 100-400m, <100m

Laufoberflächen/Untergrund\*

- no problems, problems on uneven terrain, strongest problems or inability on uneven terrain

Gangauffälligkeiten\*

- no or slight, obvious (abnormal), clear (abnormal)

Einschränkung Gehfähigkeit

- unilat. supramalleolar, unilat. supramalleolar, unilat. supramalleolar, unilat. supramalleolar, bilateral supramalleolar, other

Ausrichtung/Alignement\*

- good, moderate, poor

Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)\*

- normal, slight, moderate, massive

Erwartungen erfüllt

- less pain, better function, less medication, other

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

- stable, unstable

Status im Vergleich zum letzten Besuch

- better, equal, worse

BEWEGUNGSUMFANG

- Plantarflexion, Dorsalextension, Inversion, Eversion

Klinische Beurteilung Zusatz

(optional)

These optional Subform auswählen

MOBILITÄT

Gangbild

- normal, hinkend, instabiles Gangbild

Gehhilfen

- no, occasional, regular

Spez. Gehhilfen

- Gehstock, UAGS, Rollator, Rollstuhl, immobil, other

Orthopädische Hilfsmittel

- no, inlays, shoe alignment, orthopedic shoes, orthoses, other

Analgetika betr. Gelenk

- no, occasional, regular, peripheral, central, NSAR

Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk

- no, corticosteroids, other

Komplikationen

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

Systemische postoperative Komplikationen

- no, cardiovascular, deep vein thrombosis, lung embolism, respiratory, gastrointestinal, urological, neurological, death, other

Lokale postoperative Komplikationen

- no, hematoma, vessel injury, wound healing, infection, component dislocation, nerve damage, skin necrosis, other

Konsequenz

- no, operative, conservative, operative, conservative

Radiologie

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

Radiologischer Befund

- material loosening, screw/bolt, fracture, valgus, critical gap, delayed bone healing, pseudarthrosis, nail/plate, secondary correction loss, correct material placement, other

Zysten

- no, tibia, talus

Progrediente Arthrosezeichen angrenzende Mittel-/Rückfussgelenke

- yes, no

\* = AOFAS wird online berechnet