



**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>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"/> <b>wissenschaftlich</b>	<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

**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** (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)

**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>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Spreizfuss <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss <input type="checkbox"/> Knickfuss

<b>Status OSG Gegenseite</b>	<b>Rückfuss</b>
<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodeese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodeese <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese <input type="checkbox"/> Synovialektomie	<input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral
	<b>Beinachse</b>
	<input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral

**Hauptdiagnose**

<input type="checkbox"/> primäre Osteoarthrose	<input type="checkbox"/> juvenile Arthritis
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Hämophiliearthropathie
<input type="checkbox"/> Zustand nach Fraktur	<input type="checkbox"/> Folgezustand nach Endoprothesenexplantation
<input type="checkbox"/> Z. nach Bandverletzung	<input type="checkbox"/> osteochondrale Läsionen
<input type="checkbox"/> Z. nach sonstigem SG-Trauma	<input type="checkbox"/> RA / postarthritische Arthrose
<input type="checkbox"/> Osteonekrose	<input type="checkbox"/> Arthrodeese nach Versagen einer Endoprothese
<input type="checkbox"/> postinfektiöse Arthrose	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Psoriasisarthropathie	
<input type="checkbox"/> chronische Polyarthrit	

**Frühere Operationen**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> operative Versorgung einer Lisfrancluxationsfraktur
<input type="checkbox"/> Osteosynthese Fraktur	<input type="checkbox"/> Osteosynthesen an den Mittelfußknochen
<input type="checkbox"/> Bandnaht/Bandplastik	<input type="checkbox"/> Osteosynthesen an den Phalangen
<input type="checkbox"/> Synovektomie arthroskopisch	<input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien am Rückfuß
<input type="checkbox"/> Synovektomie offen	<input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an der Fußwurzel
<input type="checkbox"/> Arthroskopie	<input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an den Mittelfußknochen
<input type="checkbox"/> Arthrodeese Mittel-/Rückfuss	<input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an den Phalangen
<input type="checkbox"/> OSG-Arthrodeese	<input type="checkbox"/> Vorfußkorrekturen
<input type="checkbox"/> OSG-TEP ipsilateral	<input type="checkbox"/> Synovialektomie arthroskopisch
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung	<input type="checkbox"/> Synovialektomie offen
<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Osteosynthesen am Kalkaneus	
<input type="checkbox"/> Osteosynthesen am Talus	
<input type="checkbox"/> Osteosynthesen an der Fußwurzel	

**Aufnahme Zusatz**

(optional)

Diese optionale Subform aktivieren

<b>SUBDIA-GNOSE</b>	<b>Kortikoidtherapie</b> <input type="checkbox"/> ja, bitte spez. <input type="checkbox"/> nein	<b>Basistherapie</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> DMARS <input type="checkbox"/> Biologika <input type="checkbox"/> Kombinations-therapie	<b>Zustand nach Fraktur</b> <input type="checkbox"/> fibulär <input type="checkbox"/> tibial <input type="checkbox"/> Kalkaneus <input type="checkbox"/> Talus <input type="checkbox"/> Mittelfuss	<b>Z. n. Bandverletzung</b> <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral <input type="checkbox"/> andere	<b>Zustand n. sonstigem OSG-T</b> <input type="checkbox"/> spezifizieren:	<b>Osteonekrose</b> <input type="checkbox"/> idiopathisch <input type="checkbox"/> steroidale Genese <input type="checkbox"/> Osteochondrosis dissecans <input type="checkbox"/> Osteochondrale Läsion / OD <input type="checkbox"/> andere
	<b>Status rechtes Knie</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 valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer	<b>Kontralaterale Talonaviculararthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kontralaterale USG-Arthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>Status linkes Knie</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 valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer	<b>Systemische Erkrankungen</b> <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		

**Klinische Beurteilung**

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

<b>Allgemeinzustand (ASA)</b> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr. <input type="checkbox"/> ASA1, gesund <input type="checkbox"/> ASA4, lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> ASA5, moribund	<b>Rauchen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Schmerz*</b> <input type="checkbox"/> kein Schmerz <input type="checkbox"/> leichter <input type="checkbox"/> mässiger <input type="checkbox"/> stärkster
<b>Schmerzintensität</b> <input type="checkbox"/> kein Schmerz (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10)	<b>schlimmster Schmerz</b>		

\*\* BMI wird online berechnet

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

**Klinische Beurteilung** Fortsetzung

FUNKTION (AOFAS)

<p><b>Aktivitätseinschränkungen*</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p>	<p><b>Maximale Gehstrecke am Stück*</b></p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 400 und 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 100 und 400 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 100 Meter</p>	<p><b>Laufoberflächen/Untergrund*</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Probleme auf jeglichen Oberflächen</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigungen zu gehen</p>
<p><b>Gangauffälligkeiten*</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine oder geringe</p> <p><input type="checkbox"/> offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)</p> <p><input type="checkbox"/> deutliche (G. schwierig und abnorm)</p>	<p><b>Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (30° oder mehr)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (15 -29°)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 15°)</p>	<p><b>SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*</b></p> <p><input type="checkbox"/> stabil</p> <p><input type="checkbox"/> instabil</p>
<p><b>Ausrichtung/Alignment*</b></p> <p><input type="checkbox"/> gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> mäßig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung</p>	<p><b>Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% d. N.)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 25% der Norm)</p>	

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

MOBILITÄT

<p><b>Gangbild</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> hinkend</p> <p><input type="checkbox"/> instabiles Gangbild</p>	<p><b>Gehhilfen</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p><b>Spez. Gehhilfen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p><input type="checkbox"/> UAGS</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator/ Gehbock</p>	<p><b>Orthopädische Hilfsmittel</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhszurichtung</p>	<p><b>Rezidivierende Supinationstraumen</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
---	--	---	---	---

**BEWEGUNGSUMFANG**

Plantarflexion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90

Dorsalextension (°) 0 5 10 15 20 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90

<p><b>Analgetika für betroffenes Gelenk</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p><b>Spez. Analgetika</b></p> <p><input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> NSAR</p>	<p><b>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison</p> <p><input type="checkbox"/> intraartikuläre Injektion</p> <p><input type="checkbox"/> andere .....</p>	<p><b>Alte OP-Narben</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Aussenknöchel</p> <p><input type="checkbox"/> Innenknöchel</p>	<p><b>Alte OP-Narben</b></p> <p><input type="checkbox"/> ventral, quer</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, längs</p> <p><input type="checkbox"/> Arthroskopienarben</p>	<p><b>Hautzustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>
--	--	---	---	--	---

**Operation**

EINGRIFF

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

<p><b>Implantaterfassung</b></p> <p><input type="checkbox"/> separater Bogen</p> <p><input type="checkbox"/> manuelle Eingabe online</p> <p><input type="checkbox"/> Scanner basierte Eingabe</p>	<p><b>ICD-Codes:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(Zusätzlich zu online generierten Codes)</p>	<p><b>Art des Eingriffs</b></p> <p><input type="checkbox"/> Offene isolierte OSG-Arthrodeese</p> <p><input type="checkbox"/> arthroskopische assistierte OSG-Arthrodeese</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese OSG + USG</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese OSG + USG + Chopartgelenk</p> <p><input type="checkbox"/> andere .....</p>	<p><b>Spongiosaplastik</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>Osteosynthese</b></p> <p><input type="checkbox"/> K-Draht</p> <p><input type="checkbox"/> Schrauben</p> <p><input type="checkbox"/> Platten - n. winkelstabil</p> <p><input type="checkbox"/> Platten - winkelstabil</p> <p><input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Marknagelsystem</p>	<p><b>Antibiotikaphylaxe</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalgabe</p> <p><input type="checkbox"/> Zweimalgabe</p> <p><input type="checkbox"/> öfter</p>	<p><b>Intraoperative Komplikationen</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Fx. Malleolus med.</p> <p><input type="checkbox"/> Fx. Malleolus lat.</p> <p><input type="checkbox"/> Fx. Talus</p>	<p><input type="checkbox"/> Gefässverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> anästhesiologisch</p> <p><input type="checkbox"/> Fraktur an der Nagelspitze</p> <p><input type="checkbox"/> andere .....</p>
<p><b>Intraoperative Röntgenkontrolle</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Operationsdauer</b></p> <p><input type="checkbox"/> nicht doku.</p> <p><input type="checkbox"/> &lt;1 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> &gt;3 Std.</p>	<p><b>Zusätzliche Eingriffe</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Achillessehnenverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese USG</p>	<p><b>Therapie der Komplikationen</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> K-Draht-Osteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Verschraubung</p> <p><input type="checkbox"/> Plattenosteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnennaht</p> <p><input type="checkbox"/> Gefäss- /Nervennaht</p> <p><input type="checkbox"/> Verwendung einer Revisionskomponente</p> <p><input type="checkbox"/> langer Marknagel</p> <p><input type="checkbox"/> andere .....</p>
<p><b>Intraoperative Röntgenkontrolle</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>		<p><b>Zusätzliche Eingriffe</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverschiebung</p>	<p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> laterale Stabilisierung OSG</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> <p>.....</p>

\* = AOFAS - online Scoreberechnung

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

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

<b>Qualifikation des Operateurs</b>	<b>Knochenqualität</b>	<b>Pathologieprobe</b>	<b>Narkose</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spezialisierter Fusschirurg	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> keine Probe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epidural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> sklerotisch	<input type="checkbox"/> histologisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> spinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Facharzt Allgemein Chirurgie	<input type="checkbox"/> osteoporös	<input type="checkbox"/> bakteriologisch	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orthopäde/Unfallchirurg in Weiterbildung	<b>Blutsperre</b>	<b>Blutverlust</b>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> < 500 ml <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> > 500 ml	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> teilweise		

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

<b>Korrekturbedürftige Implantatfehlage</b>	<b>Beinachse</b>	<b>Kritische Spaltgrösse &gt;5 mm</b>	<b>Zentrierung des Talus unter der Tibia im Seitbild</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus <5° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus 5-7° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus >7°	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <= 5 mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> >5 mm

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

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)  C13)  C14)  C15)  C16)  C17)  C18)  C19)  C20)  C21)  C22)  C23)  C24)  C25)  C26)  C27)  C28)  C29)  C30)  C31)  
 Jahr  C16)  C17)  C18)  C19)  C20)  C21)  C22)  C23)  C24)  C25)  C26)  C27)  C28)  C29)  C30)  C31)

<b>Systemische postoperative Komplikationen</b>	<b>Lokale postoperative Komplikationen</b>	<b>Status Komplikationen</b>
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<b>Systemisch</b>
<input type="checkbox"/> kardiovaskulär	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fortbestehend
<input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung	<b>Lokal</b>
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fortbestehend
<input type="checkbox"/> respiratorisch		
<b>Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen</b>		<b>Re-Arthrodeese</b>
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Hämatomentlastung	<input type="checkbox"/> K-Draht
<input type="checkbox"/> Debridement	<input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation	<input type="checkbox"/> Schrauben
<input type="checkbox"/> sekundärer Wundverschluss	<input type="checkbox"/> Einlage eines Antibiotikaträgers	<input type="checkbox"/> Platten - n. winkelstabil
<input type="checkbox"/> plastische Deckung	<input type="checkbox"/> Verwendung eines Marknagels (ungeplant)	<input type="checkbox"/> Platten - winkelstabil
<input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlage	<input type="checkbox"/> Verwendung eines langen Marknagel	<input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese
<input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion		<input type="checkbox"/> Marknagelsystem
	<input type="checkbox"/> Re-Arthrodeese Bitte spezifizieren →	
	<input type="checkbox"/> Amputation	
	<input type="checkbox"/> systemische Antibiose	
	<input type="checkbox"/> Gefäßrekonstruktion	
	<input type="checkbox"/> Nervennaht (primär)	
	<input type="checkbox"/> andere	