

Anweisungen

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

- Fragetypen** genau 1 Antwort
 mehrere Antworten

Seite	Format	Einverständnis Patient
<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

Aufnahme

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)

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

Talonavicular-arthrose	USG-Arthrose	Fussdeformitäten
<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

Status OSG Gegenseite	Rückfuss	Beinachse
<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese <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 <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> Synovialektomie	<input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral

Hauptdiagnose

<input type="checkbox"/> primäre Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Zustand nach Fraktur <input type="checkbox"/> Z. nach Bandverletzung <input type="checkbox"/> Z. nach sonstigem SG-Trauma <input type="checkbox"/> Osteonekrose <input type="checkbox"/> postinfektiöse Arthrose <input type="checkbox"/> Konversion einer Arthrodese	<input type="checkbox"/> Psoriasisarthropathie <input type="checkbox"/> chronische Polyarthrit <input type="checkbox"/> juvenile Arthritis <input type="checkbox"/> Hämophiliearthropathie <input type="checkbox"/> osteochondrale Läsionen <input type="checkbox"/> RA / postarthritische Arthrose <input type="checkbox"/> andere
--	---

Frühere Operationen

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

Aufnahme Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

SUBDIAGNOSE	Kortikoidtherapie	Basistherapie	Zustand nach Fraktur	Z. n. Bandverletzung	Zustand n. sonstigem OSG-T	Osteonekrose
<input type="checkbox"/> ja, bitte spez. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> DMARS <input type="checkbox"/> Biologika <input type="checkbox"/> Kombinations-therapie	<input type="checkbox"/> fibulär <input type="checkbox"/> tibial <input type="checkbox"/> Kalkaneus <input type="checkbox"/> Talus <input type="checkbox"/> Mittelfuss	<input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> spezifizieren:	<input type="checkbox"/> idiopathisch <input type="checkbox"/> steroidale Genese <input type="checkbox"/> Osteochondrosis dissecans <input type="checkbox"/> Osteochondrale Läsion / OD <input type="checkbox"/> andere	

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG	Status rechtes Knie	Status linkes Knie	Kontralaterale Talonaviculararthrose	Kontralaterale USG-Arthrose	Systemische Erkrankungen
	<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"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<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			<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.

Allgemeinzustand (ASA)	Rauchen	Alkohol	Schmerz*
<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA1, gesund <input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr. <input type="checkbox"/> ASA4, lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> ASA5, moribund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzintensität	kein Schmerz (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		schlimmster Schmerz

** BMI wird online berechnet

Operateur Assistent

Klinische Beurteilung (Fortsetzung)

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

FUNKTION (AOFAS)

<p>Aktivitätseinschränkungen*</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>Maximale Gehstrecke am Stück*</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>Laufoberflächen/Untergrund*</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>Gangauffälligkeiten*</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>Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*</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>SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*</p> <p><input type="checkbox"/> stabil</p> <p><input type="checkbox"/> instabil</p>
<p>Ausrichtung/Alignement*</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>Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*</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)

MOBILITÄT

Diese optionale Subform auswählen

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

BEWEGUNGSUMFANG

Plantarflexion (°) C00 C05 C10 C15 C20 C25 C30 C-30 C-5 C10 C15 C20 Inversion (°) C00 C05 C10 C15 C20 C25 C-30 C-5 C10
 Dorsalextension (°) C00 C05 C10 C15 C-20 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) C-5 C10 C15 C20 Eversion (°) C00 C05 C10 C15 C20 C25 C-30 C-5 C10
 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->)

<p>Analgetika betr. Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p>Spez. Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> NSAR</p>	<p>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</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>Alte OP-Narben</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Aussenknöchel</p> <p><input type="checkbox"/> Innenknöchel</p>	<p>Hautzustand</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>
--	--	---	---	---

Operation

EINGRIFF

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

<p>Implantaterfassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> separater Bogen</p> <p><input type="checkbox"/> manuelle Eingabe online</p> <p><input type="checkbox"/> Scanner basierte Eingabe</p>	<p>Spongiosaplastik</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Antibiotikaprophylaxe</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>Intraoperative Komplikationen</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"/> andere</p>
--	--	--	---

ICD-Codes:
 (Zusätzlich zu online generierten Codes)

Therapie der Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Plattenosteosynthese	<input type="checkbox"/> Verwendung einer Revisionskomponente
<input type="checkbox"/> K-Draht-Osteosynthese	<input type="checkbox"/> Sehnnennaht	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Verschraubung	<input type="checkbox"/> Gefäss- /Nervennaht	

<p>Intraoperative Röntgenkontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Operationsdauer</p> <p><input type="checkbox"/> nicht doku.</p> <p><input type="checkbox"/> <1 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> >3 Std.</p>	<p>Zusätzliche Eingriffe</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Achillessehnenverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodesse USG</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodesse talonavicular</p>	<p><input type="checkbox"/> Arthrodesse kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverschiebung</p> <p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> mediale Bandrekonstruktion</p>	<p><input type="checkbox"/> laterale Bandrekonstruktion</p> <p><input type="checkbox"/> laterale Stabilisierung OSG</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>
---	---	--	---	--

* = AOFAS - online Scoreberechnung

