

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

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Pflichtangaben

Anweisungen

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

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
 - mehrere Antworten

Seite	IDES 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.

Bei Folgeeingriffen am gleichen Fuß ohne, dass an der Prothese oder dem (ehemaligen) Gelenk operative Maßnahmen erfolgen, ist kein Revisionsbogen auszufüllen!

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 **Gewicht** (kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 C 135 C 140 C 145 C 150 C 155 C 160 C 165 C 170 C 35 C 40 C 45 C 50 C 55 C 60 C 65 C 70
 C 175 C 180 C 185 C 190 C 195 C 200 C 205 C 210 C 75 C 80 C 85 C 90 C 95 C 100 C 105 C 110

Diagnose Arthrodeese Hauptdiagnose zusätzliche Pathologien

<input type="checkbox"/> keine zusätzlichen Pathologien	<input type="checkbox"/> chronischer Infekt mit Fistel	<input type="checkbox"/> Materialmigration
<input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Schrauben	<input type="checkbox"/> heterotope Ossifikationen	<input type="checkbox"/> Schraubenlockerung / Bolzenlockerung
<input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Nagel und Platte	<input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Tibia	<input type="checkbox"/> Wechsel Medikamententräger bei chronischem Infekt
<input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Schrauben	<input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Talus	<input type="checkbox"/> Osteonekrose Talus
<input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Nagel und Platte	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Osteonekrose Tibia
<input type="checkbox"/> Notwendigkeit einer plastischen Deckung (Ausnahme Arthrodeese bei offener gelenknaher Fraktur!)	<input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Primäreingriff	<input type="checkbox"/> Osteonekrose sonstiger Knochen
<input type="checkbox"/> Amputation bei chronischem Infekt	<input type="checkbox"/> Implantatversagen früher als 6 Monate nach Primäreingriff	<i>Nur als Hauptdiagnose zu spezifizieren</i>
<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> verzögerte Knochenheilung <= 6 Monate nach Primäreingriff und Entscheidung zur Re-OP aufgrund von Schmerzen oder aus sozialen Gründen	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> Frühinfekt	<input type="checkbox"/> Materialbruch	<input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Eingriff
<input type="checkbox"/> chronischer Infekt ohne Fistel		<input type="checkbox"/> Nagelbruch
		<input type="checkbox"/> Plattenbruch
		<input type="checkbox"/> Materiallockerung

bitte spezifizieren unter "zusätzliche Pathologien"

Status OSG Gegenseite	Anzahl vorheriger Revisionen	Talonaviculararthrose	Rückfuss	Beinachse	Fussdeformitäten
<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Varus	<input type="checkbox"/> Varus	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Valgus	<input type="checkbox"/> Valgus	<input type="checkbox"/> Senkfuss
<input type="checkbox"/> OSG-Prothese	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> neutral	<input type="checkbox"/> neutral	<input type="checkbox"/> Knickfuss
<input type="checkbox"/> OSG-Arthrodeese	<input type="checkbox"/> 3	USG-Arthrodeese			<input type="checkbox"/> Spreizfuss
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> Hohlfuss
<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese	<input type="checkbox"/> >5				
<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese					
<input type="checkbox"/> Z.n. Synovialektomie					
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie					

Aufnahme Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG	Status rechtes Knie	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	Kontralaterale Talonaviculararthrose	Kontralaterale USG-Arthrodeese
	<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> anderer	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems		
	Status linkes Knie	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	Systemische Erkrankungen	
	<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Varikosis
	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> neurologisch	<input type="checkbox"/> pAVK
	<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> anderer	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems	<input type="checkbox"/> respiratorisch	<input type="checkbox"/> Adipositas
				<input type="checkbox"/> kardiovaskulär	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
				<input type="checkbox"/> gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Syst. inflammat. Erkrankung
				<input type="checkbox"/> urologisch	<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"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> kein Schmerz
<input type="checkbox"/> ASA1, gesund	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leichter
<input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeintr.			<input type="checkbox"/> mässiger
<input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr.			<input type="checkbox"/> stärkster
<input type="checkbox"/> ASA4, lebensbedrohlich			
<input type="checkbox"/> ASA5, moribund			

Schmerzintensität kein Schmerz (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) schlimmster Schmerz

** BMI wird online berechnet

Operateur Assistent

Klinische Beurteilung Fortsetzung

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% d. N.)</p>	
<p>Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> ich würde mich für ein alternatives Operationsverfahren entscheiden</p> <p><input type="checkbox"/> ich würde mich noch nicht operieren lassen</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Einschränkung der Gehfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodeese, Gegenseite erkrankt</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodeese, Gegenst. Proth.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodeese, Gegenst. suprakondyläre Umst.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodeese, Gegenst. gesund</p> <p><input type="checkbox"/> bilaterale Arthrodeese</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>		

Klinische Beurteilung Zusatz (optional) Diese optionale Subform auswählen

<p>MOBILITÄT</p> <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 <input type="checkbox"/> UAGS</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Rollator/Gehbock</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> immobil</p>	<p>Orthopädische Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> Orthesen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhzurichtung <input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Rezidivierende Supinationstraumen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>BEWEGUNGSUMFANG</p> <p>Inversion (°) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> versteift</p> <p>Eversion (°) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> versteift</p>			
<p>Analgetika für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> NSAR</p>	<p>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> intraartikul. Injektion</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Alte OP-Narben</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> medial, längs</p> <p><input type="checkbox"/> Aussenknöchel <input type="checkbox"/> ventral, quer</p> <p><input type="checkbox"/> Innenknöchel <input type="checkbox"/> ventral, längs</p> <p><input type="checkbox"/> lateral, längs <input type="checkbox"/> durch Arthroskopie</p>	<p>Hautzustand</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>

Prä-Revisions-Radiologie (optional) Diese optionale Subform aktivieren

<p>Radiologische Auffälligkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatfehlage</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatbruch</p> <p><input type="checkbox"/> Schwungsäume um Schrauben/Bolzen</p> <p><input type="checkbox"/> Brüche Schrauben/Bolzen</p>	<p><input type="checkbox"/> verzögerte Knochenheilung (</=6 Monate)</p> <p><input type="checkbox"/> Pseudarthrose (> 6 Monate post-OP)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwungsäume > 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> Osteolysen</p>	<p><input type="checkbox"/> Achsfehlstellung um mehr als 5° (statt der Angaben zum Rückfußvalgus)</p> <p><input type="checkbox"/> unzureichende Zentrierung des Talus unter der Tibia im Seitbild bei Arthrodeese</p>	<p>Zysten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Tibia</p> <p><input type="checkbox"/> Talus</p>
--	--	---	--

Operation

<p>EINGRIFF</p>	<p>Tag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31</p> <p>Monat <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Jahr <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31</p>	<p>Haupteingriff - Revision</p> <p><input type="checkbox"/> Materialexplantation und Fixateur</p> <p><input type="checkbox"/> zusätzliche Plattenosteosynthese bei verzögerter Knochenheilung oder Pseudarthrose</p> <p><input type="checkbox"/> temporäre Implantatentfernung bei Infekt ohne Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> temporäre Implantatentfernung bei Infekt mit Einlage Antibiotikaträger</p>	<p><input type="checkbox"/> temporäre Implantatentfernung bei Infekt mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese / Verfahrenswechsel</p> <p><input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff</p> <p><i>bitte spezifizieren unter "Ungeplanter Folgeeingriff"</i></p>	<p>Ungeplanter Folgeeingriff</p> <p><input type="checkbox"/> Schraube-/Bolzenwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Abtragung Osteophyten/heterotope Ossifikationen</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> (Lappen) plastische Deckung</p> <p><input type="checkbox"/> isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mechanischer Irritation</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese bei periimplantate Fraktur</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie der Tibia zur Achskorrektur</p>	<p>Zusatzeingriffe</p> <p><input type="checkbox"/> Spongiosaplastik</p> <p><input type="checkbox"/> Schraube-/Bolzenwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Abtragung Osteophyten/heterotope Ossifikationen</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodeese kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> (Lappen) plastische Deckung</p> <p><input type="checkbox"/> isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mechanischer Irritation</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese bei periimplantate Fraktur</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie der Tibia zur Achskorrektur</p>
------------------------	---	--	---	--	---

* = AOFAS - online Scoreberechnung

Operateur Assistent

Operation

Implantaterfassung, Antibiotikaphylaxe, Intraoperative Komplikationen, Therapie der Komplikationen, Operationsdauer, Intraoperative Röntgenkontrolle, Inversion, Eversion

Operation Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Qualifikation des Operateurs, Blutsperre, Blutverlust, Narkose, Knochenqualität, Pathologieprobe

Explantierte Komponente

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Explantierte Materialien und Komponenten, Explantaterfassung

Postop Radiologie

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

Korrekturbedürftige Implantatfehlage, Beinachse, Implantatfehlage

Entlassung

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

Tag, Monat, Jahr

Systemische postoperative Komplikationen, Lokale postoperative Komplikationen, Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen, Re-Arthrodesese, Status Komplikationen