



Anweisungen

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

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
 - mehrere Antworten

- Seite** rechts links
- IDES Format** minimal **wissenschaftlich**
- Einverständnis Patient** liegt vor **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!

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Geburtsvorname		Geschlecht	
				m / w	
Strasse			Pat.-Nr. (Klinikintern)		
Land		Postleitzahl		Wohnort	
Sozialversicherungsnummer			Geburtsstag (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 **Gewicht** (kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen

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

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

Diagnose Supramalleoläre Umstellung Hauptdiagnose zusätzliche Pathologien

keine zusätzlichen Pathologien *Nur als Hauptdiagnose zu spezifizieren*

<input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Schrauben	<input type="checkbox"/> Implantatversagen früher als 6 Monate nach Primäreingriff	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Nagel und Platte	<input type="checkbox"/> verzögerte Knochenheilung <= 6 Monate nach Primäreingriff und Entscheidung zur Re-OP aufgrund von Schmerzen oder aus sozialen Gründen	<input type="checkbox"/> Materialfehlhage
<input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Schrauben		<input type="checkbox"/> Nagelbruch
<input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Nagel und Platte		<input type="checkbox"/> Plattenbruch
<input type="checkbox"/> Amputation bei chronischem Infekt		<input type="checkbox"/> Materiallockerung
<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> Materialbruch	<input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Eingriff
<input type="checkbox"/> Frühinfekt	<input type="checkbox"/> Materialmigration	
<input type="checkbox"/> chronischer Infekt ohne Fistel	<input type="checkbox"/> Schraubenlockerung / Bolzenlockerung	
<input type="checkbox"/> chronischer Infekt mit Fistel	<input type="checkbox"/> Wechsel Medikamententräger bei chronischem Infekt	
<input type="checkbox"/> heterotope Ossifikationen	<input type="checkbox"/> Progress der Arthrose	
<input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Tibia	<input type="checkbox"/> ungeplanter Eingriff	
<input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Talus	<i>bitte spezifizieren unter "zusätzliche Pathologien"</i>	
<input type="checkbox"/> Einsteifung		
<input type="checkbox"/> Impingment		
<input type="checkbox"/> Schmerzen		
<input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Primäreingriff		

Status OSG Gegenseite

<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung	Anzahl vorheriger Revisionen	Talonaviculararthrose	Fussdeformitäten	Beinachse
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese	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	C1 ja C2 nein	<input type="checkbox"/> keine	C1 Varus C2 Valgus
<input type="checkbox"/> OSG-Prothese	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese	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	C1 ja C2 nein	<input type="checkbox"/> Senkfuss	C1 Valgus
<input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese	<input type="checkbox"/> Z.n. Synovialektomie	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	USG-Arthrose	<input type="checkbox"/> Knickfuss	C1 neutral
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	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	C1 ja C2 nein	<input type="checkbox"/> Spreizfuss	Rückfuss
		C1 >5		<input type="checkbox"/> Hohlfuss	C1 Varus C2 Valgus C3 neutral

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-Arthrose
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	C1 ja C2 nein	C1 ja C2 nein
<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie		
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems		
<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> anderer		

Status linkes Knie

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	Systemische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> neurologisch
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems	<input type="checkbox"/> respiratorisch
<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> anderer	<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) nicht bekannt ASA2, geringe Beeintr. ASA4, lebensbedrohlich

ASA1, gesund ASA3, starke Beeintr. ASA5, moribund

Rauchen ja nein

Alkohol ja nein

Schmerz* kein Schmerz mässiger leichter stärkster

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>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>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>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. Arthrodese, Gegenseite erkrankt</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. Proth.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. supramalleoläre Umst.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. gesund</p> <p><input type="checkbox"/> bilaterale Arthrodese</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>		

Klinische Beurteilung Zusatz (optional)

MOBILITÄT

<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><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p><input type="checkbox"/> UAGS</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator/Gehbock</p>	<p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> immobil</p>	<p>Diese optionale Subform auswählen Orthopädische Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhzurichtung</p>	<p><input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe</p> <p><input type="checkbox"/> Orthesen</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Rezidivierende Supinationstraumen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
---	--	--	---	--	--	---

BEWEGUNGSSUMFANG

Plantarflexion (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C35 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) C-5 C-10 C-15 C-20 Inversion (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C-5 C-10
 Dorsalextension (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C35 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) C-5 C-10 C-15 C-20 Eversion (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C-5 C-10

<p>Analgetika für betroffenes 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"/> 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><input type="checkbox"/> lateral, längs</p>	<p>Hautzustand</p> <p><input type="checkbox"/> medial, längs</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, quer</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, längs</p> <p><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)

EINGRIFF

<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>Zysten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Tibia</p> <p><input type="checkbox"/> Talus</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>Haupteingriff - Revision</p> <p><input type="checkbox"/> Materialexplantation und Fixateur</p> <p><input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese / Verfahrenswechsel</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"/> Osteotomie der Tibia zur Achskorrektur bei sekundärem Korrekturverlust</p> <p><input type="checkbox"/> TEP-Implantation bei fortgeschrittener Arthrose</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"/> Arthrodese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese 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"/> Arthrolyse</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"/> Arthrodese bei fortgeschrittener Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</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"/> Arthrodese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese 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"/> Arthrolyse</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"/> Arthrodese bei fortgeschrittener Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</p>	

* = AOFAS - online Scoreberechnung

Operation *Fortsetzung*

Implantaterfassung <input type="checkbox"/> kein Implantat verwendet <input type="checkbox"/> Implantat verwendet Erfassung via <input checked="" type="checkbox"/> separater Bogen <input checked="" type="checkbox"/> manuelle Eingabe <input checked="" type="checkbox"/> Scanner basierte Eingabe	Antibiotikaprophylaxe <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einmalgabe <input type="checkbox"/> Zweimalgabe <input type="checkbox"/> öfter	Intraoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Fx. Malleolus med. <input type="checkbox"/> Fx. Malleolus lat. <input type="checkbox"/> Fx. Talus <input type="checkbox"/> Fx. Fibula <input type="checkbox"/> Gefässverletzung <input type="checkbox"/> Nervenverletzung <input type="checkbox"/> Sehnenverletzung <input type="checkbox"/> anästhesiologisch <input type="checkbox"/> andere	Therapie der Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> K-Draht-Osteosynthese <input type="checkbox"/> Verschraubung <input type="checkbox"/> Plattenosteosynthese <input type="checkbox"/> Sehnennaht <input type="checkbox"/> Gefäss-/Nervennaht bzw. Rekonstruktion <input type="checkbox"/> Verwendung Marknagel <input type="checkbox"/> andere.....	Operationsdauer <input type="checkbox"/> nicht dokumentiert <input type="checkbox"/> <1 Std. <input type="checkbox"/> 1-2 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> >3 Std.	Intraoperative Röntgenkontrolle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
ICD-Codes <i>(Zusätzlich zu online generierten Codes)</i>		Intraop. Plantarflexion (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C35 <i>(Wenn Ext.kontr. / Versteifung -->)</i> C-5 C10 C15 C20 Bewgl. Dorsalextension (*) C0 C5 C10 C15 C20 <i>(Wenn Flex.kontr. / Versteifung -->)</i> C-5 C10 C15 C20				Inversion (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C-5 C10 Eversion (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 C-5 C10	

Operation Zusatz

(optional) **Diese optionale Subform aktivieren**

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

Explantierte Komponente

(optional) **Diese optionale Subform aktivieren**

Explantierte Materialien und Komponenten <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Marknagel <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Platte <input type="checkbox"/> Drähte <input type="checkbox"/> Materialkombination <input type="checkbox"/> andere	Explantierte Materialien und Komponenten <input type="checkbox"/> im stationären Aufenthalt <input type="checkbox"/> <=3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 9 Monate <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1.5 Jahre <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 4 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 Jahre <input type="checkbox"/> 7 Jahre <input type="checkbox"/> 8 Jahre <input type="checkbox"/> 9 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre	Explantaterfassung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erfassung via <input checked="" type="checkbox"/> separater Bogen <input checked="" type="checkbox"/> manuelle Eingabe <input checked="" type="checkbox"/> Scanner basierte Eingabe
--	--	--

Postop Radiologie

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

Korrekturbedürftige Implantatfehlage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beinachse <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus <5° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus 5-7° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus >7°	Implantatfehlage <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Achsenfehlstellung im Sprunggelenk aufgrund Implantatfehlage <input type="checkbox"/> kritische Spaltgrösse > 5 mm <input type="checkbox"/> andere
---	---	--

Entlassung

Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese ganze 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 Jahr C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Systemische postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Lokale postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatom/Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Komponentendislokation <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlage <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation <input type="checkbox"/> Nervenschädigung <input type="checkbox"/> Hautnekrose <input type="checkbox"/> andere </td> </tr> </table>	Systemische postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere	Lokale postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatom/Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Komponentendislokation <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlage <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation <input type="checkbox"/> Nervenschädigung <input type="checkbox"/> Hautnekrose <input type="checkbox"/> andere	Re-Ostoesynthese <input type="checkbox"/> K-Draht <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Platten - n. winkelstabil <input type="checkbox"/> Platten - winkelstabil <input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese <input type="checkbox"/> Marknagelsystem	Status Komplikationen Systemisch <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend Lokal <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend
Systemische postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere	Lokale postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatom/Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Komponentendislokation <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlage <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation <input type="checkbox"/> Nervenschädigung <input type="checkbox"/> Hautnekrose <input type="checkbox"/> andere				
Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> sek. Wundverschluss <input type="checkbox"/> plastische Deckung <input type="checkbox"/> Hämatomevakuuation <input type="checkbox"/> Einlage eines Antibiotikaträgers <input type="checkbox"/> Arthrodesese <input type="checkbox"/> Re-Ostoesynthese <i>bitte spez.</i> <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> systemische Antibiose <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion <input type="checkbox"/> Materialentfernung <input type="checkbox"/> Verfahrenswechsel <input type="checkbox"/> Gefässrekonstruktion <input type="checkbox"/> Nervennaht (primär) <input type="checkbox"/> andere					