

**Anweisungen**

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Seite  Rechts  Links

Fragetypen  
 nur 1 Antwort erlaubt  
 mehrere Antworten erlaubt

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Amtlicher erster Vorname	Geschlecht m / w
Strasse	Pat.-Nr. (Klinikintern)	
Land	Postleitzahl	Wohnort
Sozialversicherungs-nr. (AHV)	Geburts-tag (TT.MM.JJJJ)	
Geburtsnachname	Geburtsort	Geburtsland (wenn nicht CH)

Pflichtangaben     Angabe empfohlen (Implantatverfolgung\*)

**Aufnahme**

Grösse\*\* (cm) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen ..... Gewicht\*\* (kg) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen ..... Grösse/Gewicht  
 140  145  150  155  160  165  170  40  45  50  55  60  65  70  unbekannt/nicht dokumentiert  
 175  180  185  190  195  200  205  75  80  85  90  95  100  105  BMI wird online berechnet

**Diagnose**

<input type="checkbox"/> Lockerung FE	<input type="checkbox"/> Fehlstellung FE	<input type="checkbox"/> periprothetische Fraktur TI
<input type="checkbox"/> Lockerung TI	<input type="checkbox"/> Fehlstellung TI	<input type="checkbox"/> periprothetische Fraktur PAT
<input type="checkbox"/> Lockerung PAT	<input type="checkbox"/> Fehlgrösse FE	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Infekt	<input type="checkbox"/> Fehlgrösse TI	<input type="checkbox"/> Progression unikompartimentäre Gonarthrose
<input type="checkbox"/> Instabilität femorotibial	<input type="checkbox"/> Gelenksteife/Arthrofibrose	<input type="checkbox"/> andere Diagnose .....
<input type="checkbox"/> Instabilität patellär	<input type="checkbox"/> Inlayverschleiss	A = unilat. erkrankt, Gegenseite gesund
<input type="checkbox"/> Patellaproblematik	<input type="checkbox"/> periprothetische Fraktur FE	B = bilat. erkrankt
		BB = bilat. erkrankt, Gegenseite Prothese
		C = andere Mobilitätseinschränkende Erkrankung(en)

Charnley Klasse  A  B  BB  C  unbekannt/nicht dokumentiert

Implantationsjahr wenn vor 2012 (optional) 20.. (1) (0) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0) 19.. (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0)

**Operation**

**Operationsdatum**

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 (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27)

**Allgemeinzustand (ASA)**

ASA1, keine Probleme     ASA3, starke Beeinträchtigung     ASA5, moribund  
 ASA2, geringe Beeinträchtigung     ASA4, lebensbedrohlich     unbekannt/nicht dokumentiert

**Eingriff**

<input type="checkbox"/> kompletter Prothesenwechsel	<input type="checkbox"/> nachträgliche Teilprothese weiteres Kompartiment	<input type="checkbox"/> Arthrodesis
<input type="checkbox"/> Wechsel femorale Komponente	<input type="checkbox"/> Konversion unikom. zu Totalprothese	<input type="checkbox"/> prothesenerhaltende Revision
<input type="checkbox"/> Wechsel tibiale Komponente	<input type="checkbox"/> PE-Wechsel	<input type="checkbox"/> plastische Rekonstruktion
<input type="checkbox"/> Wechsel Patellakomponente	<input type="checkbox"/> Implantatentfernung ohne Spacer	<input type="checkbox"/> Rekonstruktion Streckapparat
<input type="checkbox"/> nachträgliche Patellaprothese	<input type="checkbox"/> Implantatentfernung mit Spacer	<input type="checkbox"/> Osteosynthese
<input type="checkbox"/> nachträgliche Patellaprothese mit PE Wechsel	<input type="checkbox"/> Prothesenwiedereinbau	<input type="checkbox"/> andere Operation .....

**Typ der Arthroplastik (Klassifikation in online Hilfemenü)**

<input type="checkbox"/> BCR (bicruciate retaining)	<input type="checkbox"/> hinge type
<input type="checkbox"/> PCR (post. cruciate retaining)	<input type="checkbox"/> unicompartamental medial
<input type="checkbox"/> CS (cruciate sacrificing) / UCOR	<input type="checkbox"/> unicompartamental lateral
<input type="checkbox"/> PS (posterior stabilized)	<input type="checkbox"/> femoropatellar
<input type="checkbox"/> SC / CCK semi-constrained	<input type="checkbox"/> anderer Implantattyp .....
<input type="checkbox"/> CCK constrained condylar knee	

**Subtyp**

mobile bearing  
 fixed bearing

**Registrierung der Komponenten**

ja      Markieren falls Eingriff Implantat erfordert.  
 nein

**Technologie**

konventionell     navigiert tibial     patientenspezifische Instrumentierung  
 minimal invasiv     navigiert femoral     andere Technologie .....

**Fixation der Komponenten**

FE + TI zementiert     FE unzementiert + TI zementiert  
 FE + TI unzementiert     FE zementiert + TI unzementiert

**Zusatzkomponenten**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Sleeve FE	<input type="checkbox"/> Allograft
<input type="checkbox"/> Stem FE	<input type="checkbox"/> Sleeve TI	<input type="checkbox"/> Autograft
<input type="checkbox"/> Stem TI	<input type="checkbox"/> Augmente FE	<input type="checkbox"/> andere
	<input type="checkbox"/> Augmente TI	.....

**Fixation Zusatzkomponenten**

<b>Stem FE</b>	<b>Stem TI</b>
<input type="checkbox"/> zementiert	<input type="checkbox"/> zementiert
<input type="checkbox"/> unzementiert	<input type="checkbox"/> unzementiert

**Patellakomponente**

ja  
 nein  
 St. n. Patellektomie

**Fixation Patellakomponente**

zementiert  
 unzementiert

**Fixation Trochleakomponente**

zementiert  
 unzementiert

**Vakuummischung Zement**

ja     nein  
 Zement wird in separatem Subformular erfasst.

**Individuelle Zementbeimischungen durch Operateur**

nein     ja, Kontrastmittel .....     ja, Antibiotikum .....

Operateur .....      Assistent (optional) .....

