

Anweisungen

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

Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt
- mehrere Antworten erlaubt
- Pflichtangaben

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

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

Angabe empfohlen

Generell

Untersuchungsdatum

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 (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)

Seite rechts links

Untersuchungszeitpunkt (nach Eingriff)

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> vor Eingriff | <input type="radio"/> 6 Wochen | <input type="radio"/> 1 Jahr | <input type="radio"/> 5 Jahre | <input type="radio"/> 9 Jahre | <input type="radio"/> 13 Jahre |
| <input type="radio"/> (bei Entlassung) | <input type="radio"/> 3 Monate | <input type="radio"/> 2 Jahre | <input type="radio"/> 6 Jahre | <input type="radio"/> 10 Jahre | <input type="radio"/> 14 Jahre |
| | <input type="radio"/> 6 Monate | <input type="radio"/> 3 Jahre | <input type="radio"/> 7 Jahre | <input type="radio"/> 11 Jahre | <input type="radio"/> 15 Jahre |
| | <input type="radio"/> 9 Monate | <input type="radio"/> 4 Jahre | <input type="radio"/> 8 Jahre | <input type="radio"/> 12 Jahre | <input type="radio"/> >15 Jahre..... |

Spezifizieren Sie (Jahre)

Anleitung

Dieser Ankreuzbogen befragt Sie, welchen Eindruck Sie von Ihrem Knie haben. Die dadurch gewonnene Information wird uns helfen zu überwachen, wie es Ihnen mit Ihrem Knie geht und wie gut Sie in der Lage sind, Ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten. Beantworten Sie bitte jede Frage durch ankreuzen des zugehörigen Kästchens. Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen. Wenn Sie sich unsicher sind, wie Sie die Frage beantworten sollen, wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am zutreffendsten erscheint.

Symptome

Diese Fragen beziehen sich auf Beschwerden von Seiten Ihres Kniegelenkes in der vergangenen Woche.

- S1. Haben Sie Schwellungen an Ihrem Knie?
 niemals selten manchmal oft immer
- S2. Fühlen Sie manchmal ein Mahlen, hören Sie manchmal ein Klicken oder irgendein Geräusch, wenn Sie Ihr Knie bewegen?
 niemals selten manchmal oft immer
- S3. Bleibt Ihr Knie manchmal hängen, oder blockiert es, wenn Sie es bewegen?
 niemals selten manchmal oft immer
- S4. Können Sie Ihr Knie ganz ausstrecken?
 immer oft manchmal selten nie
- S5. Können Sie Ihr Knie ganz beugen?
 immer oft manchmal selten nie

Steifigkeit

Die nachfolgenden Fragen betreffen die Steifigkeit Ihres Kniegelenkes während der letzten Woche. Unter Steifigkeit versteht man ein Gefühl der Einschränkung oder Verlangsamung der Fähigkeit Ihr Kniegelenk zu bewegen. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der letzten Woche erfahren haben.

- S6. Wie stark ist Ihre KniestEIFigkeit morgens direkt nach dem Aufstehen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- S7. Wie stark ist Ihre KniestEIFigkeit nach dem Sie sassen, lagen, oder sich ausruhten im Verlauf des Tages?
 keine schwach mässig stark sehr stark

Schmerzen

- P1. Wie oft tut Ihnen Ihr Knie weh?
 niemals monatlich wöchentlich täglich immer

Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche als Sie z.B.:

- P2. sich im Knie drehen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P3. Ihr Knie ganz ausstrecken?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P4. Ihr Knie ganz beugen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P5. auf ebenem Boden gehen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P6. Treppen herauf oder herunter gehen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P7. nachts im Bett liegen?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P8. sassen oder lagen, z.B. auf der Couch?
 keine schwach mässig stark sehr stark
- P9. aufrecht standen?
 keine schwach mässig stark sehr stark

Bitte wenden...

* mit online Scoreberechnung

Aktivitäten im täglichen Leben

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Leistungsfähigkeit. Hierunter verstehen wir Ihre Fähigkeit sich selbständig zu bewegen bzw. sich selbst zu versorgen. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der letzten Woche erfahren haben.

Welche Schwierigkeiten hatten Sie letzte Woche als Sie z.B.:

- | |
|--|
| A1. Treppen herunterstiegen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A2. Treppen heraufstiegen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A3. vom Sitzen aufstanden?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A4. standen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A5. sich bückten um z.B. etwas vom Boden aufzuheben?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A6. auf ebenem Boden gingen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A7. ins Auto ein- oder ausstiegen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A8. einkaufen gingen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A9. Strümpfe/Socken anzogen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A10. vom Bett aufstanden?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A11. Strümpfe/Socken auszogen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A12. im Bett lagen und sich drehen, ohne dabei das Knie zu beugen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A13. in oder aus der Badewanne kamen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A14. sassen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A15. sich auf die Toilette setzten oder aufstanden?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A16. schwere Hausarbeit verrichteten (schrubben, Garten umgraben...)?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| A17. leichte Hausarbeit verrichteten (Staub wischen, kochen,)?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |

Sport und Freizeit

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Belastbarkeit im Rahmen eher sportlicher Aktivitäten. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der letzten Woche erfahren haben.

Hatten Sie Schwierigkeiten letzte Woche als Sie z.B.:

- | |
|---|
| SP1. in die Hocke gingen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| SP2. rannten?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| SP3. hüpfen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| SP4. sich auf Ihrem kranken Knie umdrehen?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |
| SP5. sich hinknieten?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einige <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |

Beeinflussung der Lebensqualität durch das betroffene Knie

- | |
|---|
| Q1. Wie oft spüren Sie Ihr erkranktes Knie?
<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> wöchentlich <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> immer |
| Q2. Haben Sie Ihre Lebensweise verändert um eventuell Ihrem Knie schadende Tätigkeiten zu vermeiden?
<input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> etwas <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> vollständig |
| Q3. Wie sehr macht es Ihnen zu schaffen, dass Ihr Knie nicht stabil ist?
<input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> einiges <input type="radio"/> schlimm <input type="radio"/> sehr schlimm |
| Q4. Wie würden Sie insgesamt die Schwierigkeiten bewerten, die Sie durch das Knie haben?
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> etwas <input type="radio"/> grosse <input type="radio"/> sehr grosse |

Unterschrift Patient:

* mit online Scoreberechnung **Vielen Dank für die Beantwortung aller Fragen dieses Fragebogens.**