

BASIS FRAGEN

Operateur

Bitte wählen Sie für den **aktuellen Eingriff** mindestens einen OPS-Code aus!

OPS Code Innenmeniskus

OPS Code Außenmeniskus

OPS Code Mediales Kompartiment: Knorpel, Synovia, Gelenkkörper

OPS Code Laterales Kompartiment: Knorpel, Synovia, Gelenkkörper

OPS Code Femoropatellares Kompartiment: Knorpel, Synovia, Gelenkkörper

OPS Code Vorderes Kreuzband

OPS Code Hinteres Kreuzband


OPS Code Patellastabilisation

OPS Code Osteotomie am distalen Femur

OPS Code Osteotomie an der proximalen Tibia


OPS Code Sonstiges

Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

 Bitte auswählen

Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

Revision, Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese

 Bitte auswählen

Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese

 Bitte auswählen


Wechsel einer Sonderprothese

 Bitte auswählen

Wechsel eines Patellaersatzes

 Bitte auswählen

Entfernung einer unikondylären Schlittenprothese

 Bitte auswählen

Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit

Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese

Wechsel eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion

Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese

Sonstige Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

SPEICHERN

PATIENTENSPEZIFISCHE CHARAKTERISTIKA

Alle Angaben beziehen sich auf den **letzten Untersuchungsbefund** vor der operativen Versorgung bzw. den **intraoperativen Befund**

Handelt es sich um einen Revisionseingriff?

JA	NEIN
----	------

Ist am betroffenen Gelenk eine vorausgegangene Gelenkinfektion bekannt?

JA	NEIN
----	------

Hat der Patient die gleiche Verletzung bzw. operative Versorgung auf der kontralateralen Seite?

JA	NEIN
----	------

Bitte geben Sie die Arthroseklassifikation nach Kellgren-Lawrence an:

NORMALBEFUND	I	II	III	IV
--------------	---	----	-----	----

Bitte machen Sie eine Angabe zur Streckfähigkeit:

<input type="radio"/> Freie Beweglichkeit
<input type="radio"/> Endgradige Bewegungseinschränkung < 10°
<input type="radio"/> Erhebliche Bewegungseinschränkung > 10°

Bitte machen Sie eine Angabe zur Beugefähigkeit:

<input type="radio"/> Freie Beweglichkeit
<input type="radio"/> Endgradige Bewegungseinschränkung < 10°
<input type="radio"/> Erhebliche Bewegungseinschränkung > 10°

Liegt ein Gelenkerguss vor?

JA	NEIN
-----------	-------------

Vermehrte anteriore Translation der Tibia im Lachman Test

JA	NEIN
-----------	-------------

Anschlag im Lachman Test

WEICH	FEST
--------------	-------------

Vermehrte posteriore Translation der Tibia im Schubladentest

JA	NEIN
-----------	-------------

Anschlag im Hinteren Schubladentest

WEICH	FEST
--------------	-------------

Vermehrte mediale Aufklappbarkeit bei 30° Knieflexion

JA	NEIN
-----------	-------------

Vermehrte mediale Aufklappbarkeit bei 0° Knieflexion

JA	NEIN
----	------

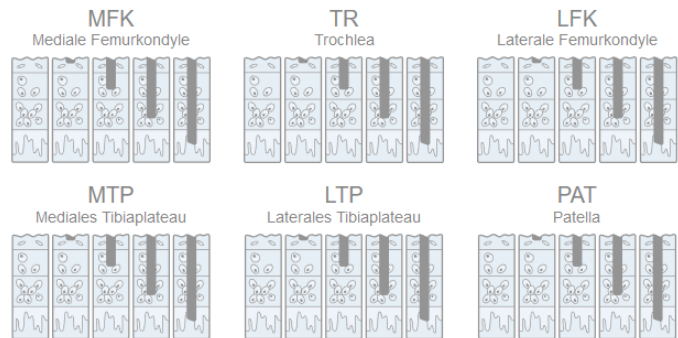
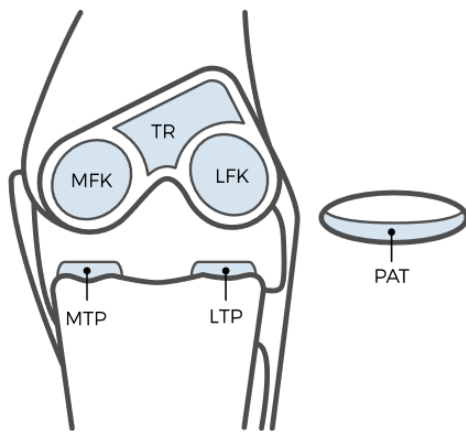
Vermehrte laterale Aufklappbarkeit bei 30° Knieflexion

JA	NEIN
----	------

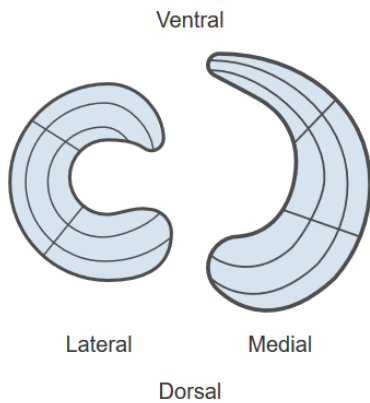
Vermehrte laterale Aufklappbarkeit bei 0° Knieflexion

JA	NEIN
----	------

Knie



Meniskus



Rissform (Innenmeniskus)

<input type="checkbox"/>	Longitudinalriss
<input type="checkbox"/>	Korbhenkelriss
<input type="checkbox"/>	Radiärriss
<input type="checkbox"/>	Horizontalriss
<input type="checkbox"/>	Komplex
<input type="checkbox"/>	Wurzelriss
<input type="checkbox"/>	Lappenriss
<input type="checkbox"/>	Rampenläsion
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Rissform (Außenmeniskus)

<input type="checkbox"/>	Longitudinalriss
<input type="checkbox"/>	Korbhenkelriss
<input type="checkbox"/>	Radiärriss
<input type="checkbox"/>	Horizontalriss
<input type="checkbox"/>	Komplex
<input type="checkbox"/>	Wurzelriss
<input type="checkbox"/>	Lappenriss
<input type="checkbox"/>	Rampenläsion
<input type="checkbox"/>	Sonstige

VKB Arthroskopisch

INTAKT	PARTIELL RUPTURIERT	KOMPLETT RUPTURIERT	MUKOIDE DEGENERIERT
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

HKB arthroskopisch

INTAKT	PARTIELL RUPTURIERT	KOMPLETT RUPTURIERT	MUKOIDE DEGENERIERT
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Liegt eine Synovitis vor?

JA	NEIN
-----------	-------------

Liegen freie Gelenkkörper vor?

JA	NEIN
-----------	-------------

PERIOPERATIVES MANAGEMENT

Erfolgt die Versorgung stationär oder ambulant?

AMBULANT	STATIONÄR
-----------------	------------------

Wurde eine Antibiotikaprophylaxe gegeben?

JA	NEIN
-----------	-------------

Wurde eine Blutsperre verwendet?

JA	NEIN
-----------	-------------

Wurde eine intraartikuläre Redondrainage eingelegt?

JA	NEIN
-----------	-------------

Wurde eine postoperative intraartikuläre Applikationen durchgeführt?

<input type="checkbox"/> LOKALANAESTHETIKUM
<input type="checkbox"/> HYALURONSÄURE
<input type="checkbox"/> PRP
<input type="checkbox"/> Andere

Wird postoperativ eine Teilbelastung des Gelenkes empfohlen?

JA	NEIN
-----------	-------------

Wurde eine postoperative Thromboseprophylaxe empfohlen?

JA	NEIN
-----------	-------------

Möchten Sie den präoperativen kernspintomographischen Befund dokumentieren?

JA	NEIN
-----------	-------------

SPEICHERN

SPEICHERN UND ALS VORLAGE ÜBERNEHMEN