

## ZUSATZBOGEN ENDOPROTHETIK KNIE

## UNTERSUCHUNGSBEFUND

## Seite

|        |       |
|--------|-------|
| RECHTS | LINKS |
|--------|-------|

## Bewegungsausmaß

Ext  °  °  ° Flex

## Beinachse

|       |        |         |
|-------|--------|---------|
| VARUS | VALGUS | NEUTRAL |
|-------|--------|---------|

## Grad

|                |                |                        |
|----------------|----------------|------------------------|
| INTRAARTIKULÄR | EXTRAARTIKULÄR | KOMBINIERTE DEFORMITÄT |
|----------------|----------------|------------------------|

## Nicht-endoprothetische Voreingriffe

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Knie-ASK                     |
| <input type="checkbox"/> Knorpelzelltransplantation   |
| <input type="checkbox"/> HTO                          |
| <input type="checkbox"/> DFO                          |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenknähe Osteosynthese |

## OP DIAGNOSE UND KATEGORIE

### Primäre Endoprothese

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Idiopathische Gonarthrose       |
| <input type="checkbox"/> Primär traumatische Gonarthrose |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische Gonarthrose    |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis           |
| <input type="checkbox"/> Tumor                           |
| <input type="checkbox"/> Postseptische Gonarthrose       |
| <input type="checkbox"/> Osteonekrose - M.Ahlbäck        |
| <input type="checkbox"/> Achsdeformität                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                       |

### TEP-Revision

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Infekt                                    |
| <input type="checkbox"/> Nachgewiesener Infekt                     |
| <input type="checkbox"/> Aseptische Lockerung                      |
| <input type="checkbox"/> Inlay Abrieb                              |
| <input type="checkbox"/> Endoprothetisch unversorgte Kompartimente |
| <input type="checkbox"/> Persistierende Schmerzen                  |
| <input type="checkbox"/> Allergie                                  |
| <input type="checkbox"/> Bandinstabilität                          |
| <input type="checkbox"/> Periproth Fraktur                         |
| <input type="checkbox"/> Fehlimplantation                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                 |

## OPERATION

### Periphere Schmerztherapie

|  |
|--|
| <input type="radio"/> Spinalanästhesie             |
| <input type="radio"/> IA                           |
| <input type="radio"/> Femoraliskatheter / Block    |
| <input type="radio"/> Ischiadikus Katheter / Block |
| <input type="radio"/> Sonstiges                    |

### Tranexamsäure

|                               |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IV   |
| <input type="checkbox"/> IA   |
| <input type="checkbox"/> Oral |

### Navigation

|           |             |
|-----------|-------------|
| <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
|-----------|-------------|

### Zugang

|   |
|---|
| <input type="radio"/> Medial parapatellar |
| <input type="radio"/> Lateral             |
| <input type="radio"/> Midvastus           |
| <input type="radio"/> Subvastus           |
| <input type="radio"/> Quadsparing         |

## Redon

|                                   |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kein     |
| <input type="checkbox"/> IA       |
| <input type="checkbox"/> Subcutan |

## Balancing

|                      |                           |               |
|----------------------|---------------------------|---------------|
| <b>GAP BALANCING</b> | <b>MEASURED RESECTION</b> | <b>HYBRID</b> |
|----------------------|---------------------------|---------------|

## Implantate

Knie TEP  
konventionell

Medialer Schlitten

Lateraler Schlitten

Femuropatellarersatz

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Patella ersatz          |
| <input type="checkbox"/> Fixed Bearing           |
| <input type="checkbox"/> Mobile Bearing          |
| <input type="checkbox"/> Dished/PS               |
| <input type="checkbox"/> Varus/Valgus Constraint |

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Fixed Bearing  |
| <input type="checkbox"/> Mobile Bearing |

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Fixed Bearing  |
| <input type="checkbox"/> Mobile Bearing |

|                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Metalback |
| <input type="checkbox"/> Full PE   |
| <input type="checkbox"/> Onlay     |
| <input type="checkbox"/> Inlay     |

Fully Constrained  
(Achsgeführte TEP)

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Patellaersatz |
|--|

Tumorprothese

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zementiert |
| <input type="radio"/> Zementfrei |
| <input type="radio"/> Hybrid     |

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Patellaersatz   |
| <input type="checkbox"/> Distaler Femur  |
| <input type="checkbox"/> Proximale Tibia |

Augmente

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Femoral medial  |
| <input type="checkbox"/> Femoral lateral |
| <input type="checkbox"/> Tibial medial   |
| <input type="checkbox"/> Tibial lateral  |

Stems

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femoral |
| <input type="checkbox"/> Tibial  |

Ausbildungseingriff (assistierter Eingriff durch Weiterbildungsassistenten)

|           |             |
|-----------|-------------|
| <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
|-----------|-------------|

Intraoperative Komplikation

|           |             |
|-----------|-------------|
| <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
|-----------|-------------|

Postop Vollbelastung erlaubt

|           |             |
|-----------|-------------|
| <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
|-----------|-------------|

**SPEICHERN**

SPEICHERN UND ALS VORLAGE ÜBERNEHMEN