

## KONSERVATIVE THERAPIE: PATELLASEHNEN

### VERLAUFSKUMENTATION

Ist die Intervention so wie geplant durchgeführt worden?

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

#### Durchgeführte Intervention

<input type="checkbox"/> Medikamente
<input type="checkbox"/> Allgemeine Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Trainingstherapie
<input type="checkbox"/> Stosswellentherapie
<input type="checkbox"/> Lasertherapie
<input type="checkbox"/> Injektionen
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie
<input type="checkbox"/> Akupunktur
<input type="checkbox"/> Röntgenreizbestrahlung
<input type="checkbox"/> Schuheinlagen
<input type="checkbox"/> Bandage
<input type="checkbox"/> Neuraltherapie
<input type="checkbox"/> Triggerpunktbehandlung
<input type="checkbox"/> Taping

Anzahl der Injektionen

Maximal zweistellige Zahl

Abstand der Injektionen in Tagen

Maximal zweistellige Zahl

Anzahl Stosswellentherapiebehandlungen

Maximal zweistellige Zahl

**Sind Sie als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin mit dem Ergebnis der konservativen Therapie zufrieden?**

JA	NEIN	TEILWEISE
----	------	-----------

**Ist die konservative Therapie abgeschlossen?**

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

**Abschlussdatum**

DD/MM/YYYY

**Sind im weiteren Verlauf weitere Therapien geplant?**

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> allgemeine Physiotherapie
<input type="checkbox"/> exzentrisches Training
<input type="checkbox"/> heavy slow resistance training
<input type="checkbox"/> andere Trainingsform
<input type="checkbox"/> Stosswellentherapie
<input type="checkbox"/> Lasertherapie
<input type="checkbox"/> Injektionen
<input type="checkbox"/> andere physikalische Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Akupunktur
<input type="checkbox"/> Röntgenreizbestrahlung
<input type="checkbox"/> Schuheinlagen
<input type="checkbox"/> Bandage
<input type="checkbox"/> Neuraltherapie
<input type="checkbox"/> Triggerpunktbehandlung
<input type="checkbox"/> Sonstige

**Musste zwischenzeitlich eine Operation durchgeführt werden?**

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

Wurde eine Röntgenverlaufskontrolle durchgeführt?

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

Röntgen



<input type="checkbox"/> Knochensporn
<input type="checkbox"/> Intratendinöse Verkalkung
<input type="checkbox"/> Patella alta
<input type="checkbox"/> Patella baja
<input type="checkbox"/> Patellalateralisation
<input type="checkbox"/> Schlatterossikel
<input type="checkbox"/> Schlatter Stadium 1
<input type="checkbox"/> Schlatter Stadium 2
<input type="checkbox"/> Schlatter Stadium 3
<input type="checkbox"/> Trochleadysplasie

Wurde eine sonographische Verlaufskontrolle durchgeführt?

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

Sehnenverdickung

regredient?

ja

nein

Hypoechoogenität

regredient?

ja

nein

Partialruptur (echofreies Areal)

regredient?

ja

nein

Hyperechogenität ohne Schallschatten

regredient?  
 ja  
 nein

Hyperechogenität mit Schallschatten

regredient?  
 ja  
 nein

Neovaskularisation einzelne Gefäße

regredient?  
 ja  
 nein

Neovaskularisation viele Gefäße

regredient?  
 ja  
 nein

Bursitis

regredient?  
 ja  
 nein

Peritendinöse Flüssigkeit

regredient?  
 ja  
 nein

max. Sehndicke an pathol. Stelle (in mm)

Maximal zweistellige Zahl

max. Sehndicke an pathol. Stelle Gegenseite (in mm)

Maximal zweistellige Zahl

Größe Ruptur/Partialruptur quer

Maximal zweistellige Zahl

Größe Ruptur/Partialruptur längs

Maximal zweistellige Zahl

Neovaskularisation nach Öhberg

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

SPEICHERN