

# Prothesenregister Tirol

## Befindlichkeit nach der Operation (postoperativer Zustand)

Operation an
<input type="checkbox"/> <i>Knie</i> <input type="checkbox"/> <i>Hüfte</i> <input type="checkbox"/> <i>links</i> <input type="checkbox"/> <i>rechts</i>

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die Veränderungen durch die Behandlung für Sie und uns darzustellen, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Sie werden gebeten, die Stärke Ihrer Schmerzen, Ihrer Steifigkeit oder Behinderung anzugeben. Beurteilen Sie den **derzeitigen Zustand** des operierten Gelenks.

**Bitte vergessen Sie nicht: Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an. Je mehr rechts Sie ankreuzen, umso mehr Schmerzen, Steifigkeit oder Behinderung haben Sie.**

Bitte hier das heutige Datum (Ausfülldatum) eintragen:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

### A Schmerzfragen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Stärke der Schmerzen, die Sie im operierten Gelenk haben. Bitte geben Sie für jede Frage die Stärke der Schmerzen an, die Sie in den letzten 2 Tagen verspürt haben. **(Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an).**

	keine Schmerzen	extreme Schmerzen																																												
1. Gehen auf ebenem Boden	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. Treppen hinauf- oder hinuntersteigen	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
3. Nachts im Bett	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
4. Sitzen oder liegen	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
5. Aufrecht stehen	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				

### B Fragen zur Steifigkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Steifigkeit (nicht die Schmerzen) des operierten Gelenks. Steifigkeit ist ein Gefühl von Einschränkung oder Langsamkeit in der Beweglichkeit, wenn Sie Ihre Gelenke bewegen. Bitte geben Sie für jede Frage die Stärke der Steifigkeit an, die Sie in den letzten 2 Tagen verspürt haben.

	keine Steifigkeit	extreme Steifigkeit																																												
1. Wie stark ist die Steifigkeit gerade nach dem Erwachen am Morgen?	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. Wie stark ist Ihre Steifigkeit nach Sitzen, Liegen oder Ausruhen im späteren Verlauf des Tages?	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				

Bitte unbedingt Rückseite beachten

## C Fragen zur körperlichen Tätigkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Tätigkeit. Damit ist Ihre Fähigkeit gemeint, sich im Alltag zu bewegen und sich um sich selbst zu kümmern. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aktivitäten den Schwierigkeitsgrad an, den Sie in den letzten 2 Tagen wegen Beschwerden in Ihrem operierten Gelenk gespürt haben.

keine Schwierigkeiten                      extreme Schwierigkeiten

- |   |   |
|---|---|
| 1. Treppen hinuntersteigen                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Treppen hinaufsteigen                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Aufstehen vom Sitzen                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Stehen   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Sich zum Boden bücken                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Gehen auf ebenem Boden                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Einsteigen ins Auto/Aussteigen aus dem Auto              | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Einkaufen gehen  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Socken/Strümpfe anziehen                                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Aufstehen vom Bett                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Socken/Strümpfe ausziehen                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Liegen im Bett  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Ins Bad/aus dem Bad steigen                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Sitzen  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Sich auf die Toilette setzen/Aufstehen von der Toilette | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Anstrengende Hausarbeiten                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Leichte Hausarbeiten                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Bitte geben Sie uns abschließend noch folgende Informationen zu eventuellen Komplikationen nach Ihrer Operation:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie eine Thrombose?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie eine Nervenlähmung im operierten Bein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| War eine neuerliche Operation notwendig?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Wenn Sie neuerlich operiert werden mussten, war der Grund dafür?**

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> schlechte Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> andere Gründe |
|------------------------------------|--|--|