

# PROTHESENREGISTER TIROL

## Knieprothesen Erstimplantation/Revision

Prothesenregister Tirol  
Anichstraße 35  
6020 Innsbruck  
Tel: 0512-504-22318  
www.iert.at



**PatientIn** (wenn vorhanden NUR ETIKETT hier aufkleben)

FBNr	_____	Abteilung	_____	Internetversion	_____
Familienname	_____	Vorname	_____		
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ	_____	Wohnort	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____		

**Erstimplantation**  **Revision**  **Definition:** Ein-/Ausbau mindestens eines Prothesenteils. Nur Ein-/Ausbau des Spacer ist keine Revision.

### Operationsdaten (bei Revision weiter zum Operationsdatum)

Primäre Diagnose	<input type="checkbox"/> Primäre bikondyläre Arthrose	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis
	<input type="checkbox"/> Primäre unikondyläre Arthrose	<input type="checkbox"/> Posttraumatisch
	<input type="checkbox"/> Primäre patellofemorale Arthrose	<input type="checkbox"/> Aseptische Knochennekrose
	<input type="checkbox"/> Tumorbedingte Implantation	<input type="checkbox"/> Andere: _____

Operationsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Operateur: .....
				(fakultativ)
Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
Zugang	<input type="checkbox"/> Midvastus	<input type="checkbox"/> Subvastus		
	<input type="checkbox"/> Parapatellar medial	<input type="checkbox"/> Parapatellar lateral		
		<input type="checkbox"/> Erweitert (Revision)		
Halbschlitten	<input type="checkbox"/>			

Beschreibung der Komponenten				nur bei Revision ausfüllen
Femur	Tibia	Tibia inlay u./o. Buchse	Patella	Spacer
Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>
zementiert <input type="checkbox"/>	zementiert <input type="checkbox"/>		zementiert <input type="checkbox"/>	
nicht zem. <input type="checkbox"/>	nicht zem. <input type="checkbox"/>		nicht zem. <input type="checkbox"/>	
Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>

**Implantate (Nur Einbau) auswählen  
(Auswahlliste getrennt für Erstimplantation/Revision anzeigen)**

- |                                                      |                                      |                                      |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oxford Biomet Halbschlitten | <input type="checkbox"/> LCCK Zimmer | <input type="checkbox"/> LPS DePuy   |
| <input type="checkbox"/> NexGen LPS Zimmer           | <input type="checkbox"/> RHK Zimmer  | <input type="checkbox"/> Andere..... |
| <input type="checkbox"/> Persona Zimmer              | <input type="checkbox"/> LCS DePuy   |                                      |

**NUR BEI REVISION AUSFÜLLEN**

**Grund der Revision (Mehrfachauswahl)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aseptische Lockerung<br><input type="checkbox"/> Infekte<br><input type="checkbox"/> Schmerzen<br><br>Fraktur:<br><input type="checkbox"/> periprothetisch<br><input type="checkbox"/> Implantat<br><br><input type="checkbox"/> Andere: ..... | Luxation/Instabilität:<br><input type="checkbox"/> Patella<br><input type="checkbox"/> Inlay<br><input type="checkbox"/> femorotibial<br><input type="checkbox"/> Seitenband | Weitere Revisionsgründe:<br><input type="checkbox"/> Malimplantation/Malrotation<br><input type="checkbox"/> Limitierter Bewegungsumfang (limited ROM)<br><input type="checkbox"/> Nekrose Patella<br><input type="checkbox"/> Abnutzung/Defekt Inlay<br><input type="checkbox"/> Progression Osteoarthritis<br><input type="checkbox"/> Achsabweichung |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|