

Zeitpunkt nach OP:

___ Monate

1 Jahr

2 Jahre

5 Jahre

betroffene Seite:

rechts

links

Patientenetikett

Technologie (wird von der Klinik/Praxis ausgefüllt)

MAKO

Manuell

Navigiert

Nachuntersuchungsfragebogen Hüft-Totalprothesen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wurde vor einiger Zeit eine Hüftprothesenimplantation durchgeführt. Wie angekündigt wollen wir nunmehr Ihren Rehabilitationsverlauf anschauen und analysieren. Deshalb bitten wir Sie noch einmal den angehängten Bogen auszufüllen. Diesen Status können wir dann im Verlauf mit den Daten aus vor der Operation vergleichen.

Achtung: Diese Scores sind nur auswertbar, wenn Sie **alle Fragen beantworten. Deshalb möchten wir Sie bitten, dies am Ende auf jeden Fall noch einmal zu kontrollieren. Ausserdem müssen Sie bitte den Bogen am Ende unterschreiben.**

Vielen Dank

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

1- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit der Stärke Ihrer Schmerzen in Bezug auf das Hüftgelenk?

<input type="radio"/> Sehr zufrieden	<input type="radio"/> Zufrieden	<input type="radio"/> Neutral	<input type="radio"/> Unzufrieden	<input type="radio"/> Sehr unzufrieden
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--

2- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrer Hüftfunktion beim Verrichten von leichten Hausarbeiten?

<input type="radio"/> Sehr zufrieden	<input type="radio"/> Zufrieden	<input type="radio"/> Neutral	<input type="radio"/> Unzufrieden	<input type="radio"/> Sehr unzufrieden
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--

5- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrer Hüftfunktion bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten?

<input type="radio"/> Sehr zufrieden	<input type="radio"/> Zufrieden	<input type="radio"/> Neutral	<input type="radio"/> Unzufrieden	<input type="radio"/> Sehr unzufrieden
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--

PATIENTENERWARTUNGEN

Im Vergleich zu Ihren Erwartungen vor der Operation:

1- Meine Erwartungen in Bezug auf Schmerzlinderung waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

2- Meine Erwartungen in Bezug auf die Durchführung normaler Alltagstätigkeiten waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

Im Vergleich mit Ihren Erwartungen vor der Operation:

3- Meine Erwartungen in Bezug auf die Ausübung von Freizeitaktivitäten und Sportaktivitäten waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

Hip and Osteoarthritis Outcome Score

Dieser Fragebogen soll herausfinden, welchen Eindruck Sie von Ihrer operierten Hüfte haben. Die Informationen helfen uns, Ihre Hüftbeschwerden und Ihre Möglichkeiten im täglichen Leben zu erfassen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen (nur ein Kreuz pro Frage). Sollten Sie unsicher sein, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.

Symptome						
Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Beschwerden und Symptome während der letzten Woche .						
S1	Spüren Sie ein Reiben, hören Sie ein Klicken, Knirschen, Knacken oder ein anderes Geräusch in Ihrer Hüfte?	Nie <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
S2	Haben Sie Schwierigkeiten, die Beine zu spreizen?	Keine <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Große <input type="checkbox"/>	Sehr große <input type="checkbox"/>
S3	Haben Sie Schwierigkeiten, beim Gehen große Schritte zu machen?	Keine <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Große <input type="checkbox"/>	Sehr große <input type="checkbox"/>

Steifigkeit						
Die folgenden Fragen betreffen die Steifigkeit im Hüftgelenk, die Sie in der letzten Woche wahrgenommen haben. Steifigkeit ist ein Gefühl von Einschränkung oder Langsamkeit in den Bewegungen („harzige“ Bewegungen) des Hüftgelenks.						
S4	Wie ausgeprägt ist die Steifigkeit in Ihrem Hüftgelenk, wenn Sie morgens aufwachen?	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>
S5	Wie ausgeprägt ist die Steifigkeit in Ihrem Hüftgelenk nach dem Sitzen, Liegen oder Ausruhen im Verlauf des Tages?	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>

Schmerzen:						
P1	Wie oft haben Sie Schmerzen in der Hüfte?	Nie <input type="checkbox"/>	Monatlich <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
Wie starke Schmerzen verspürten Sie in der Hüfte in der letzten Woche während der folgenden Tätigkeiten?						
P2	Vollständiges Strecken der Hüfte (Aufrichten)	Keine <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Starke <input type="checkbox"/>	Sehr starke <input type="checkbox"/>
P3	Maximales Beugen der Hüfte	Keine <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Starke <input type="checkbox"/>	Sehr starke <input type="checkbox"/>

P4	Gehen in ebenem Gelände	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P5	Treppen hinauf- oder hinuntersteigen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P6	Nachts im Bett	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P7	Sitzen oder Liegen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P8	Aufrecht stehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P9	Gehen auf hartem Boden (Asphalt, Beton, usw.)	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4
P10	Gehen in unebenem Gelände	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3	Sehr starke <input type="checkbox"/> 4

Funktion im täglichen Leben

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Funktion, das heißt, Ihre Fähigkeit, sich zu bewegen und für sich zu sorgen.

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie große Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte **während der letzten Woche** bereitet hat.

A1	Treppen hinuntersteigen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A2	Treppen hinaufsteigen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A3	Vom Sitzen aufstehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A4	Stehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A5	Sich bücken / einen Gegenstand aufheben	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A6	Gehen in unebenem Gelände	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A7	Einsteigen in ein Auto / Aussteigen aus einem Auto	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4

A8	Einkaufen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A9	Socken / Strümpfe anziehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A10	Vom Bett aufstehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A11	Socken / Strümpfe ausziehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A12	Im Bett liegen (Drehen mit Beibehalten der Hüftposition)	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A13	Einsteigen in die Badewanne / Aussteigen aus der Badewanne	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A14	Sitzen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A15	Sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A16	Schwere Hausarbeiten (Kisten tragen, Böden schrubben, usw.) verrichten	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
A17	Leichte Hausarbeiten (Kochen, Staubwischen, usw.) verrichten	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4

Sport und Freizeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Funktion bei anspruchsvolleren Tätigkeiten.

Geben Sie bitte für jede der folgenden Tätigkeiten an, wie große Schwierigkeiten Ihnen Ihre Hüfte während der **letzten Woche** bereitet hat.

SP1	Kauern / in die Hocke gehen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
SP2	Rennen	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
SP3	Drehen auf belastetem Bein	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4
SP4	Gehen in unebenem Gelände	Keine <input type="checkbox"/> 0	Wenig <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2	Große <input type="checkbox"/> 3	Sehr große <input type="checkbox"/> 4

Lebensqualität					
Q1	Wie oft sind Sie sich Ihres Hüftproblems bewusst?				
	Nie	Monatlich	Wöchentlich	Täglich	Immer
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Q2	Haben Sie Ihren Lebensstil verändert, um Tätigkeiten zu vermeiden, die Ihrer Hüfte schaden könnten?				
	Gar nicht	Wenig	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Q3	Wie sehr belastet Sie Ihr fehlendes Vertrauen in Ihre Hüfte?				
	Gar nicht	Wenig	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Q4	Wie groß sind die Schwierigkeiten, die Sie im Allgemeinen mit Ihrer Hüfte haben?				
	Keine	Wenig	Mäßige	Große	Sehr große
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Swiss Orthopaedics Minimal Data Set

Gelenkspezifische Zufriedenheit					
Wie würden sie sich fühlen, wenn sie den Rest Ihres Lebens mit den derzeitigen Beschwerden in dem betroffenen Knie leben müssten?					
	sehr zufrieden	etwas zufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	etwas unzufrieden	sehr unzufrieden
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Gelenkspezifische Schmerzen											
Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die der Intensität der Schmerzen in dem oben genannten Gelenk entspricht. Null bedeutet keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen.											
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;">KEIN SCHMERZ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;">LEICHTER SCHMERZ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;">MÄßIGER SCHMERZ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;">STARKER SCHMERZ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;">SEHR STARKER SCHMERZ</div> </div>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EQ-5D Fragebogen

Die folgenden 5 Fragen beziehen sich auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage nur eine Antwort, die auf Ihre Situation am besten zutrifft

1. Beweglichkeit und Mobilität	2. Für sich selbst sorgen
<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich bin ans Bett gebunden	<input type="radio"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
3. Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Hausarbeit, Freizeitaktivitäten)	4. Schmerzen/ körperliche Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe grosse Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
5. Angst/ Niedergeschlagenheit	
<input type="radio"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	

Bitte schätzen Sie abschliessend Ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer gedachten Skala von 1-100 ein und tragen sie den gedachten Wert ein.	%
100% wäre der best denkbare Gesundheitszustand, 1% der schlechtest denkbare Gesundheitszustand.	

Platz für ihre Anmerkungen

Bitte überprüfen Sie noch einmal ob Sie alle Fragen beantwortet haben, da nur vollständige Scores ausgewertet werden können.

Vielen Dank!

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="color: red; margin: 0;">Datum</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="color: red; margin: 0;">Unterschrift des Patienten</p>
--	---