

**Anweisungen**

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

**Fragetypen**

- nur 1 Antwort erlaubt
- mehrere Antworten erlaubt
- Pflichtangaben

Nur zum internen Gebrauch.  
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Amtlicher erster Vorname		Geschlecht	
				m / w	
Strasse			Pat.-Nr. (Klinikintern)		
Land		Postleitzahl		Wohnort	
Sozialversicherungsnr. (AHV)				Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Geburtsnachname		Geburtsort		Geburtsland (wenn nicht CH)	

Angabe empfohlen

**Generell**

**Untersuchung/Datum**

Seite  rechts  links

Tag  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)  25)  26)  27)  28)  29)  30)  31)

Monat  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)

Jahr  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)

**Untersuchungszeitpunkt (nach Eingriff)**

vor Eingriff  6 Wochen  1 Jahr  5 Jahre  9 Jahre  13 Jahre

(bei Entlassung)  3 Monate  2 Jahre  6 Jahre  10 Jahre  14 Jahre

6 Monate  3 Jahre  7 Jahre  11 Jahre  15 Jahre

9 Monate  4 Jahre  8 Jahre  12 Jahre  >15 Jahre.....

Spezifizieren Sie (Jahre)

Welches Gelenk ist betroffen?  Hüfte  Knie

**Wie stark sind Ihre Schmerzen ...**

beim Gehen auf ebenem Boden?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

beim Treppensteigen (hinauf oder hinunter)?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

während Sie nachts im Bett lagen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

beim Sitzen oder Liegen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

beim aufrechten Stehen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

**Wie stark war Ihre Gelenksteifigkeit ...**

nach dem ersten Aufwachen am Morgen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

später am Tag?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

**Wie schwierig war es für Sie ...**

Treppen hinunter zu steigen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

Treppen hinauf zu steigen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

aus sitzender Stellung aufzustehen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

zu stehen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

etwas vom Boden aufzuheben?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

auf ebenem Boden zu gehen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

ins Auto oder in den Bus ein-/auszusteigen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

einkaufen zu gehen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

**Socken, Strümpfe, Strumpfhosen anzuziehen?**  keine  schwach  mittel  stark  extrem

aus dem Bett zu steigen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

**Socken, Strümpfe, Strumpfhosen auszuziehen?**  keine  schwach  mittel  stark  extrem

im Bett zu liegen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

in die/aus der Badewanne zu steigen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

lange zu sitzen?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

schwere Haushaltstätigkeiten zu verrichten?  keine  schwach  mittel  stark  extrem

leichte Haushaltstätigkeiten zu verrichten?  keine  schwach  mittel  stark  extrem