

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

Gerne bitten wir Sie, Ihren Gesundheitszustand in diesem Fragebogen zu bewerten. Ihre Angaben zum Zustand vor und nach der Operation helfen uns, unsere Behandlungsqualität laufend zu verbessern. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie müssen Ihren Teilnahmeentscheid nicht begründen und können Ihre Teilnahme jederzeit beenden.

Wenn Sie Ihre Kontaktdaten angeben, erlauben Sie uns, diese zu speichern und Ihnen nach der Operation einen zweiten Fragebogen zu schicken.

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Email

SMS

Brief

Von Klinik auszufüllen

Patientenetikette / Patienten ID

Behandlung an folgendem Gelenk Knie links
 Bei gleichzeitigem Eingriff auf beiden Seiten (bilateraler Eingriff) bitte zwei Formulare ausfüllen. Knie rechts

Befragung vor oder nach der Operation vor nach

ausgefüllt am (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum noch nicht bekannt

Probleme mit Ihrem Knie Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an (x).

1. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie würden Sie die Knieschmerzen beschreiben, die gewöhnlich bei Ihnen auftreten?

Keine Schmerzen Sehr leichte Schmerzen Leichte Schmerzen Mässige Schmerzen Starke Schmerzen

2. In den vergangenen 4 Wochen ...

Hatten Sie wegen Ihres Knies Schwierigkeiten, sich am ganzen Körper zu waschen und abzutrocknen?

Überhaupt keine Schwierigkeiten Sehr wenige Schwierigkeiten Mässige Schwierigkeiten Extreme Schwierigkeiten Unmöglich

3. In den vergangenen 4 Wochen ...

Hatten Sie wegen Ihres Knies Schwierigkeiten, ins Auto ein-/aus dem Auto auszusteigen oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? (je nachdem, was Sie normalerweise benutzen)

Überhaupt keine Schwierigkeiten Sehr wenige Schwierigkeiten Mässige Schwierigkeiten Extreme Schwierigkeiten Unmöglich

4. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie lange konnten Sie gehen, bevor Sie **starke** Knieschmerzen bekamen? (mit oder ohne Gehstock)

Keine Schmerzen/ Länger als 30 Minuten 16 bis 30 Minuten 5 bis 15 Minuten Nur im Haus Überhaupt nicht/ starke Schmerzen beim Gehen

5. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie schmerzhaft war es wegen Ihres Knies, nach einer (am Tisch eingenommenen) Mahlzeit vom Stuhl aufzustehen?

Überhaupt nicht schmerzhaft	Leicht schmerzhaft	Mässig schmerzhaft	Sehr schmerzhaft	Unerträglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. In den vergangenen 4 Wochen ...

Haben Sie beim Gehen wegen Ihres Knies gehumpelt?

Selten/nie	Manchmal, oder nur anfangs	Oft, und nicht nur anfangs	Meistens	Immer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie sich hinknien und danach wieder aufstehen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wurden Sie nachts im Bett durch Knieschmerzen gestört?

In keiner Nacht	Nur in 1 bis 2 Nächten	In manchen Nächten	In den meisten Nächten	Jede Nacht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. In den vergangenen 4 Wochen ...

Wie sehr haben die Knieschmerzen Sie bei Ihrer alltäglichen Arbeit (einschliesslich Hausarbeit) beeinträchtigt?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Stark	Vollständig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. In den vergangenen 4 Wochen ...

Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Knie plötzlich „nachgeben“ oder versagen könnte?

Selten/nie	Manchmal, oft nur anfangs	Oft, und nicht nur anfangs	Meistens	Immer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie Ihre Haushaltseinkäufe allein erledigen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. In den vergangenen 4 Wochen ...

Konnten Sie eine Treppe hinuntergehen?

Ja, problemlos	Mit wenigen Schwierigkeiten	Mit mässigen Schwierigkeiten	Mit extremen Schwierigkeiten	Nein, das war unmöglich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vergewissern Sie sich abschliessend bitte, dass Sie alle Fragen beantwortet haben.

Herzlichen Dank.