

Einschlusskriterium:

Das Einschlusskriterium für das AltersTraumaRegister DGU® umfasst all jene Patienten, welche ein Alter von 70 Jahren oder älter erreicht haben, eine Fraktur des coxalen Femurs einschließlich periprothetischer Frakturen und periimplantärer Frakturen aufweisen und aufgrund dessen operiert wurden.

Aufnahme Pseudonymisierte ID: _____		Klinikinterne Patienten-ID: _____	
Aufnahme in die Unfallchirurgie: Datum _____._____.20____ Uhrzeit ____:____ Uhr		Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	
Alter bei Aufnahme: (In Verbindung mit dem Aufnahmezeitpunkt in die Unfallchirurgie wird das Alter des Patienten vom System errechnet) Geburtsdatum bekannt _____._____._____		Gehfähigkeit vor Frakturereignis: ☐ selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel ☐ Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze ☐ Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator ☐ gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson ☐ keine funktionale Gehfähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)	
Wohnsituation vor Frakturereignis: ☐ zu Hause oder betreutes Wohnen ☐ Heim (Institution mit IK-Nummer) ☐ Sonstiges: _____		Antikoagulation bei Aufnahme: ☐ ja ☐ nein Falls ja, wann war die letzte Einnahme und bitte spezifizieren: Datum _____._____.20____ Uhrzeit ____:____ Uhr ☐ Vitamin-K-Antagonist ☐ Acetylsalicylsäure ☐ andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel) ☐ direkte Thrombininhibitoren (z.B. Dabigatran) Sonstige: ☐ direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (z.B. Rivaroxaban, Apixaban) ☐ Heparin, Heparinoid (z.B. Fondaparinux) ☐ andere: _____	
Wo wurde sich die Fraktur zugezogen? ☐ außerhalb von Krankenhaus oder Rehabilitations-einrichtung ☐ im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung			
Zustand nach contralateraler coxaler Femurfraktur? ☐ nein ☐ ja Falls ja, war diese innerhalb der letzten 12 Monate? ☐ nein ☐ ja			
Osteoporosetherapie vor Frakturereignis: Vitamin D ☐ ja ☐ nein Spezifische Osteoporosemedikation ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben: ☐ Bisphosphonat ☐ Denosumab ☐ Romosozumab ☐ Parathormon ☐ sonstige			

Aufnahme II Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____		
Geriatrisches Screening: Wurde ein geriatrisches Screening durchgeführt? ☐ ja ☐ nein Ist der Patient laut dieses Tests ein geriatrischer Patient? ☐ ja ☐ nein	Wenn ein geriatrisches Screening durchgeführt wurde, welcher Test wurde verwendet: ☐ ISAR (siehe unten) ☐ AFGiB/GSK ☐ Lachs ☐ TRST ☐ Barthel ☐ anderer	
Clinical Frailty Scale-Test ☐ 1 - Sehr fit ☐ 2 - Durchschnittlich aktiv ☐ 3 - Gut zurechtkommend ☐ 4 - Vulnerabel ☐ 5 - Geringgradig fragil ☐ 6 - Mittelgradig fragil ☐ 7 - Ausgeprägt fragil ☐ 8 - Extrem fragil ☐ 9 - Terminal erkrankt	Delir-Screening: ☐ positiv ☐ negativ Wurde der NuDesc verwendet? ☐ ja ☐ nein Falls ja: NuDesc-Summe: _____	
ISAR-Test (Identification of seniors at risk) ☐ ISAR-Test vom Pat. komplett oder teilweise verweigert		
Fragen zum ISAR-Test		
	ja	nein
Frage 1: Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	☐	☐
Frage 2: Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	☐	☐
Frage 3: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	☐	☐
Frage 4: Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	☐	☐
Frage 5: Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	☐	☐
Frage 6: Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	☐	☐

Prä-OP

ASA-Klassifikation:

- ☐ 1 - Normaler, gesunder Patient
- ☐ 2 - Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
- ☐ 3 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung
- ☐ 4 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist.
- ☐ 5 - moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird

Zusätzliche Verletzungen:

- ☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte spezifizieren

- ☐ Schädel-Hirn-Trauma

Schwere des Schädel-Hirn-Traumas:

- ☐ GCS 3-12
- ☐ GCS 13-15
- ☐ nicht beurteilbar bei kognitiver Beeinträchtigung

- ☐ Wirbelsäulenverletzung

- ☐ andere/weitere: _____

Fraktur und/oder Luxation von:

- ☐ oberer Extremität (ipsilateral)
- ☐ oberer Extremität (kontralateral)
- ☐ unterer Extremität (ipsilateral)
- ☐ unterer Extremität (kontralateral)
- ☐ Becken

Labor:

Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l *

Thrombozytenzahl _____ μ l oder gpt/l *

TPZ (Quick) _____ %

INR _____ [ohne Einheit]

Albumin _____ g/l oder mg/dl *

Natrium _____ mmol/l

GFR _____ ml/min/1,73

Kalium _____ mmol/l

Leukozyten _____ 1/ μ l

CRP _____ nmol/l

Frakturtyp:

- ☐ medial / intrakapsulär (laterale/mediocervicale Frakturen sind als pertrochantäre Frakturen zu werten)
 - ☐ Garden I, II (nicht disloziert)
 - ☐ Garden III, IV (disloziert)
- ☐ pertrochantär AO 31
 - ☐ A1
 - ☐ A2
 - ☐ A3
- ☐ rein subtrochantär
- ☐ periprotetische Fraktur (Vancouver-Klassifikation)
 - ☐ Typ A
 - ☐ Typ B
 - ☐ B1
 - ☐ B2
 - ☐ B3
 - ☐ Typ C
- ☐ periimplantäre Fraktur
- ☐ Osteosyntheseveragen
- ☐ andere: _____

Pathologische Fraktur:

- ☐ nein
- ☐ malignom
- ☐ atypisch

Medikamentöse Gerinnungstherapie vor der OP?

	ja	nein
Tranexamsäure	☐	☐
Fibrinogen	☐	☐
PPSB	☐	☐
Antidot DOA	☐	☐
Vitamin K	☐	☐

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (die Einheiten können über eine Mitteilung an den Support über support-atr@auc-online.de in den Masken angepasst werden).

OP																												
OP Datum & Schnittzeit: Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____ -----	Operationsverfahren: ☐ Schrauben (ohne dynamische Hüftschraube) ☐ Dynamische Hüftschraube ☐ Marknagel ☐ geschlossen ☐ offen ohne Cerclage ☐ offen mit Cerclage ☐ Duokopf-Prothese / Bipolar-Prothese ☐ Total-Endoprothese ☐ anderes Operationsverfahren: _____																											
Narkoseform: ☐ Vollnarkose ☐ Spinalanästhesie ☐ andere: _____																												
Medikamentöse Gerinnungstherapie: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranexamsäure</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td> Art der Anwendung:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ☐ lokal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ☐ systemisch</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>PPSB</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Antidot DOA</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Vitamin K</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Tranexamsäure	☐	☐	Art der Anwendung:			☐ lokal			☐ systemisch			Fibrinogen	☐	☐	PPSB	☐	☐	Antidot DOA	☐	☐	Vitamin K	☐	☐	Bei periprotetischer / periimplantäre Fraktur: ☐ Prothesen-/Implantatwechsel ☐ Osteosynthese (zusätzliche)
	ja	nein																										
Tranexamsäure	☐	☐																										
Art der Anwendung:																												
☐ lokal																												
☐ systemisch																												
Fibrinogen	☐	☐																										
PPSB	☐	☐																										
Antidot DOA	☐	☐																										
Vitamin K	☐	☐																										
Der Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D ist an den unten genannten Tagen auszufüllen: (s. Seite 5 und 6, vom Patienten oder mit Hilfe Dritter auszufüllen) Tag 7 Post-OP ist der _____._____.20_____ Tag 120 Post-OP ist der _____._____.20_____ (bitte berechnen)	Patient auf Intensivstation/IMC/PACU oder ähnliches verlegt? ☐ ja ☐ nein <u>Falls ja, bitte Grund angeben</u> ☐ geplant, zur Routineüberwachung ☐ intraoperative Komplikationen Länger als 24h auf Intensivstation/IMC/PACU: ☐ ja ☐ nein																											

1. Post-OP Woche Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____	
<u>Mobilisation am 1. post-OP-Tag</u> Vollbelastung der Fraktur erlaubt? ☐ ja ☐ nein Mobilisation wurde durchgeführt? (mindestens bis an die Bettkante) ☐ ja, bis an die Bettkante ☐ ja, über die Bettkante hinaus ☐ nein <u>Bei ja:</u> Mobilisation durch die Physiotherapie ☐ ja ☐ nein	Gab es nicht-chirurgische Komplikationen während des Aufenthaltes: ☐ ja ☐ nein <u>Falls ja, welche:</u> ☐ Dekubitus <u>Falls ja:</u> ☐ dieser lag bereits bei Aufnahme vor ☐ Myokardinfarkt ☐ Thrombose ☐ Lungenembolie ☐ Niereninsuffizienz ☐ akut ☐ akut auf chronisch minimale GFR _____ ml/min/1,73 ☐ Delir ☐ konservative Behandlung ☐ medikamentöses Management ☐ beides ☐ Harnwegsinfektion ☐ Pneumonie ☐ Sonstige _____
Gefähigkeit am 7. post-OP-Tag: ☐ ohne Hilfsmittel ☐ mit Hilfsmittel ☐ nicht möglich	<u>Wenn ja:</u> Wann erfolgte der erste Kontakt durch einen Geriater? Datum: _____.____.20____ Uhrzeit: ____:____ Uhr
Hat eine Mitbehandlung durch Geriater stattgefunden? ☐ ja ☐ nein <u>Wenn ja:</u> Erfolgte der Kontakt ☐ am Patientenbett ☐ Telefonisch ☐ Telemedizinisch (Videoübertragung)	Osteoporosetherapie bis 7. post-OP-Tag: Vitamin D ☐ ja ☐ nein ☐ empfohlen Spezifische Osteoporosemedikation ☐ ja ☐ nein ☐ empfohlen <u>Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben:</u> ☐ Bisphosphonat ☐ Denosumab ☐ Romosozumab ☐ Parathormon ☐ sonstige
Durchführung EQ5D am 7. Tag Post-OP Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf Seite 9.	

Entlassung / Verlegung I Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____																																						
Entlassung aus dem AltersTraumaZentrum: Datum _____._____.20_____ Entlassen durch: ☐ Unfallchirurgie ☐ Akutgeriatrie ☐ andere Krankenhausabteilung Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während Aufenthalt durchgeführt? ☐ ja ☐ nein	Entlassen nach: ☐ zu Hause oder betreutes Wohnen Mit ambulanter rehabilitativer Versorgung? ☐ ja ☐ nein ☐ Heim (Institution mit IK-Nummer, inklusive Kurzzeitpflege) ☐ Geriatrische Rehabilitationsklinik (inklusive Patienten, die zwischen Akutkrankenhaus und geriatrischer Reha einige Tage zu Hause waren) ☐ Akut-Geriatrie ☐ AHB-Klinik ☐ anderes Krankenhaus/andere Fachabteilung innerklinisch																																					
Hämostase-Therapie: Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten Frischplasma (FFP) _____ Einheiten oder ml Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten oder ml	Todesursache: ☐ kardiale Dekompensation ☐ Tumor ☐ pulmonale Dekompensation ☐ Sepsis ☐ Niereninsuffizienz ☐ MOV ☐ intraoperative Zementreaktion ☐ Sonstige _____																																					
Re-OP während Aufenthalt: (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur) ☐ ja ☐ nein Falls ja, bitte spezifizieren: Datum der Re-OP: _____._____.20_____ Grund für Re-OP? ☐ Infektion ☐ Hämatom/Serom ☐ Periprothetische Fraktur ☐ Versagen der Osteosynthese/Endoprothese ☐ Sonstiges	(Palliative) Therapiebegrenzung: ☐ ja ☐ nein																																					
Patienteneinwilligung: ☐ Einwilligung zur Durchführung des Follow-Up liegt vor																																						
Durchgeführte Maßnahmen bei Re-OP während Aufenthalt: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Relevanteste Maßnahme</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Zweit-relevanteste Maßnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reposition (nach Luxation)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Spülung / Débridement</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Revision der Osteosynthese</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Konversion in Duokopfprothese</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Konversion in HTEP</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Girdlestone-OP</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Teilwechsel Prothese</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Wechsel Prothese/Implantat</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Osteosynthese</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges (lokal)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>				Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme	Reposition (nach Luxation)	☐	☐	Spülung / Débridement	☐	☐	Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐	Revision der Osteosynthese	☐	☐	Konversion in Duokopfprothese	☐	☐	Konversion in HTEP	☐	☐	Girdlestone-OP	☐	☐	Teilwechsel Prothese	☐	☐	Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐	Osteosynthese	☐	☐	Sonstiges (lokal)	☐	☐
	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme																																				
Reposition (nach Luxation)	☐	☐																																				
Spülung / Débridement	☐	☐																																				
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐																																				
Revision der Osteosynthese	☐	☐																																				
Konversion in Duokopfprothese	☐	☐																																				
Konversion in HTEP	☐	☐																																				
Girdlestone-OP	☐	☐																																				
Teilwechsel Prothese	☐	☐																																				
Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐																																				
Osteosynthese	☐	☐																																				
Sonstiges (lokal)	☐	☐																																				

Entlassung / Verlegung II Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____

Zweite Re-OP während Aufenthalt:

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: _____._____.20_____

Grund für zweite Re-OP?

- ☐ Infektion
- ☐ Hämatom/Serom
- ☐ Periprothetische Fraktur
- ☐ Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
- ☐ Sonstiges

Durchgeführte Maßnahmen bei zweiter Re-OP während Aufenthalt:

	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme
Reposition (nach Luxation)	☐	☐
Spülung / Débridement	☐	☐
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐
Revision der Osteosynthese	☐	☐
Konversion in Duokopfprothese	☐	☐
Konversion in HTEP	☐	☐
Girdlestone-OP	☐	☐
Teilwechsel Prothese	☐	☐
Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐
Osteosynthese	☐	☐
Sonstiges (lokal)	☐	☐

Dritte Re-OP während Aufenthalt:

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: _____._____.20_____

Grund für dritte Re-OP?

- ☐ Infektion
- ☐ Hämatom/Serom
- ☐ Periprothetische Fraktur
- ☐ Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
- ☐ Sonstiges

Durchgeführte Maßnahmen bei dritte Re-OP während Aufenthalt:

	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme
Reposition (nach Luxation)	☐	☐
Spülung / Débridement	☐	☐
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐
Revision der Osteosynthese	☐	☐
Konversion in Duokopfprothese	☐	☐
Konversion in HTEP	☐	☐
Girdlestone-OP	☐	☐
Teilwechsel Prothese	☐	☐
Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐
Osteosynthese	☐	☐
Sonstiges (lokal)	☐	☐

Follow-Up 120 Tage Post-OP Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____	
Follow-Up-Daten erhoben am? Datum _____._____.20_____	Wiederaufnahme? (aufgrund identischer coxaler Femurfraktur) ☐ ja ☐ nein
Konnte der Patient kontaktiert werden? ☐ ja ☐ nein	Ist eine Folgefraktur nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
Aufenthaltort nach 120 Tagen: ☐ zu Hause oder betreutes Wohnen ☐ Heim (Institution mit IK-Nummer) ☐ Geriatrische Rehabilitationsklinik ☐ AHB-Klinik ☐ Akutgeriatrie ☐ Unfallchirurgie ☐ andere Krankenhausabteilung ☐ Tod Datum: _____._____.20_____ ☐ Datum unbekannt ☐ Sonstiges: _____ ☐ Unbekannt	Contralaterale coxale Femurfraktur nach Entlassung aus Akutkrankenhaus? ☐ ja ☐ nein Gab es nicht chirurgische Komplikationen nach dem Aufenthalt? ☐ ja ☐ nein <u>Falls ja, welche:</u> ☐ Myokardinfarkt ☐ Thrombose ☐ Lungenembolie ☐ sonstige Komplikationen
Gehfähigkeit nach Fraktur ☐ selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel ☐ Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze ☐ Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator ☐ gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson ☐ keine funktionale Gehfähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)	Re-OP innerhalb 120 Tage post-OP (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur) ☐ ja ☐ nein <u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u> (nur relevanteste nach Entlassung Akutkrankenhaus) Datum der Re-OP _____._____.20_____
Osteoporosetherapie an Tag 120 Post-OP? Vitamin D ☐ ja ☐ nein Spezifische Osteoporosemedikation ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben: ☐ Bisphosphonat ☐ Denosumab ☐ Romosozumab ☐ Parathormon ☐ sonstige	☐ Reposition (nach Luxation) ☐ Spülung / Débridement ☐ Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial ☐ Revision der Osteosynthese ☐ Konversion in Duokopfprothese ☐ Konversion in HTEP ☐ Girdlestone-OP ☐ Peri-Prothetische- / Peri-Implantat-Fraktur ☐ Sonstiges (lokal) _____
	Durchführung EQ5D am Tag 120 Post-OP Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf <u>Seite 10</u> .

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 7 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- ☐ Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- ☐ Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- ☐ Fremdeinschätzung
- ☐ unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe große Probleme herumzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ☐

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Alltägliche Tätigkeiten

(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ☐

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ☐

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 120 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- ☐ Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- ☐ Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- ☐ Fremdeinschätzung
- ☐ unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe große Probleme herumzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ☐

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Alltägliche Tätigkeiten

(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ☐

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ☐