**KNEE SOCIETY SCORE: PRE-OP**

 **DEMOGRAPHISCHE INFORMATION**

1 - Untersuchungsdatum 2– Geburtstag

…………………………………… …………………………..

3 – Körpergröße (cm) 4 – Körpergewicht (kg) 5 - Geschlecht

……………………… ………………… weiblich……… männlich………

6 - Seite des (symptomatischen/ betroffenen Kniegelenkes)

 links……. rechts………

7 - Ethnische Gruppe:

8 - Operationsdatum:……………………………………Operateur:………………………………………

9 – War die Operation ein Primär- oder Revisionseingriff?

 Primär:……. Revision:…….

**Vom Operateur auszufüllen**

**10- Funktionsscore nach Charnley**: Summe: ……………………

A Unilaterale Gonarthrose

B1 Unilaterale TEP, kontralaterale Gonarthrose

B2 Bilaterale TEP

C1 TEP, aber geringe kontralaterale Arthrose mit Einschränkung der Mobilisation

C2 TEP, aber medizinischer Allgemeinzustand beeinflusst die Mobilisation

C3 Ein- oder zweiseitige TEP mit ein- oder zweiseitiger Hüft-TEP

**OBJEKTIVE KNIEBEURTEILUNG (vom Operateur auszufüllen)**

**BEINACHSE**

1. **Beinachse: Belastungsaufnahme AP stehend (anatomische Beinachse)**

max. 25 Punkte

Neutral: 2-10° valgus ( 25 Pkte)

Varus: < 2° valgus (-10 Pkte)

Valgus: > 10° valgus (-10 Pkte)

**SYMPTOME**

 **BEWEGUNGSAUSMASS**

**4. Bewegungsumfang (1 Pkt für jeweils 5°)**

**Einschränkung**

 **Flexionsdefizit**

 1- 5° (-2 Pkte) Punkteabzug

 6-10° (-5 Pkte)

 11-15° (-10 Pkte)

 > 15° (-15 Pkte)

 **Extensionsdefizit** Punkteabzug

< 10° (-5 Pkte)

10-20° (-10 Pkte)

> 20° (-15 Pkte)

 **INSTABILITÄT**

**2. Mediale / laterale Instabilität: Messung in voller Streckung**

 max. 15 Punkte

keine (15 Pkte)

 wenig oder < 5mm (10 Pkte)

 etwas oder 5mm (5 Pkte)

 stark oder > 5mm (0 Pkte)

**3. Anteroposteriore Instabilität: Messung in 90° Flexion**

 max. 10 Punkte

keine (10 Pkte)

 wenig < 5mm (5 Pkte)

 stark > 5mm (0 Pkte)

**Vom Patienten auszufüllen Vom Arzt zu berechnen**

1. Schmerzstärke beim Gehen auf ebenem Untergrund

 (10 Punkte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

kein stark

2. Schmerzen beim Treppensteigen und Aufwärtsgehen

 (10 Punkte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

 kein stark

3. Fühlt sich Ihr Kniegelenk normal an? (5 Punkte)

 Ständig (5 Pkt) Gelegentlich (3 Pkt) Niemals (0 Pkt)

 **Maximale Punktezahl (25 Punkte)**

**PATIENTENZUFRIEDENHEIT (vom Patienten auszufüllen)**

1. **Wie zufrieden sind Sie momentan in Bezug auf Knieschmerzen während des Sitzens?**

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

 (8Punkte) (6 Punkte) (4Punkte) (2 Punkte) (0 Punkte)

     

1. **Wie zufrieden sind Sie momentan in Bezug auf Knieschmerzen während Sie im Bett liegen?**

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

 (8 Punkte) (6 Punkte) (4 Punkte) (2 Punkte) (0 Punkte)

     

1. **Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Knie, wenn Sie aus dem Bett steigen?**

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

 (8 Punkte) (6 Punkte) (4 Punkte) (2 Punkte) (0Punkte)

     

**Maximale Punktezahl (40 Punkte)**

1. **Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrer Kniefunktion beim Erledigen leichter Hausarbeit?**

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

 (8 Punkte) (6Punkte) (4 Punkte) (2 Punkte) (0Punkte)

     

1. **Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Kniegelenk bei Freizeitaktivitäten?**

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

 (8 Punkte) (6 Punkte) (4 Punkte) (2 Punkte) (0Punkte)

     

**Maximale Punktezahl (40 Punkte)**

**PATIENTENERWARTUNG (vom Patienten auszufüllen)**

**Vergleichen Sie Ihren derzeitigen Zustand mit dem, was Sie erwartet haben?**

1. **Erwarten Sie durch die Knieprothesenoperation eine Schmerzlinderung?**

Nein, gar nicht (1 Punkt)

Ja, minimal (2 Punkte)

Ja, mit leichter Linderung (3 Punkte)

Ja, mit moderater Linderung (4 Punkte)

Ja, mit deutlicher Linderung (5 Puntke)

1. **Erwarten Sie, dass Sie durch die Operation den für Sie normalen Aktivitätsgrad im Leben wieder erreichen?**

Nein, gar nicht (1 Punkt)

Ja, minimal (2 Punkte)

Ja, geringfügig (3 Punkte)

Ja, moderat (4 Punkte)

Ja, deutlich (5 Punkte)

1. **Erwarten Sie, dass Sie durch die Operation sportliche oder andere Freizeitaktivitäten wieder ausüben können?**

Nein, gar nicht (1 Punkt)

Ja, minimal (2 Punkte)

Ja, mit leichter Linderung (3 Punkte)

Ja, mit moderater Linderung (4 Punkte)

Ja, mit deutlicher Linderung (5 Punkte)

**Maximale Punktezahl (15 Punkte)**

 **KÖRPERLICHE AKTIVITÄTEN (vom Patienten ausfüllen)**

1. **Können Sie ohne Gehhilfen gehen (wie z.B. Gehbock, Unterarmstützen)**

 (0 Punkte)

 Ja Nein

1. **Welche der folgenden Gehhilfen verwenden Sie?**

(-10 Punkte)

Rollstuhl (-10 Pkt) Walker (-8 Pkt)

2 Unterarmgehstützen (-6 Pkt) 2 Gehstöcke (-4 Pkt)

1 Unterarmstütze (-4 Pkt) 1 Gehstock (-4 Pkt) Kniebandage oder –

orthese (-2Pkt)

Anderes:

1. **Nutzen Sie diese Hilfen aufgrund Ihres Kniegelenkes**

(0 Punkte)

 Ja Nein

1. **Wie lange können Sie stehen (mit oder ohne Gehhilfe), bevor Sie sich aufgrund des Kniegelenkes hinsetzen müssen.**

 kann nicht Stehen (0 Pkt) 0-5 Minuten (3 Pkt) 6-15 Minuten (6 Pkt)

 16-30 Minuten (9 Pkt) 31-60 Minuten (12 Pkt) mehr als 1 Stunde (15 Pkt)

 (15 Punkte)

1. **Wie lange können Sie gehen (mit oder ohne Gehhilfe), bevor Sie aufgund von Kniebeschwerden anhalten müssen?**

kein Gehen möglich (0 Pkt) 0-5 Minuten (3 Pkt) 6-15 Minuten (6 Pkt)

16-30 Minuten (9 Pkt) 31-60 Minuten (12 Pkt) mehr als 1 Stunde (15 Pkt)

 (15 Punkte)

 **Maximale Punktezahl 30 Punkte**

**Grundaktivitäten**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie stark schränkt Sie Ihr Knie bei den folgenden Aktivitäten ein** | gar nicht 5 | wenig4 | mittel3 | stark2 | sehr stark1 | Ich kann diese Aktivität nicht Ausüben0 | Ich tue diese Aktivität nicht |
| 1. Gehen auf unebenem Boden |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Drehen oder plötzlicher Richtungswechsel über das betroffene Bein |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Treppen hinauf- oder hinab steigen |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Aufstehen aus Sessel oder tiefem Stuhl ohne Abstützen |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Auto Ein- oder Aussteigen |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Zur Seite Ausweichen (seitwärts gehen) |  |  |  |  |  |  |  |

**Maximale Punktezahl (30 Punkte)**

**Spezielle Aktivitäten**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie stark schränkt Sie Ihr Knie bei den folgenden Aktivitäten ein** | gar nicht5 | wenig4 | mittel3 | stark2 | sehr stark1 | Ich kann diese Aktivität nicht Ausüben0 | Ich tue diese Aktivität nicht |
| 1. Auf eine Leiter oder Tritt steigen |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Einkaufstasche 200m tragen |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Hocken |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Knien |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Rennen |  |  |  |  |  |  |  |

 **Maximale Punktezahl (25 Punkte)**

**MÖGLICHE AKTIVITÄTEN**

**Bitte wählen Sie die 3 für Sie wichtigsten Aktivitäten aus.**

**Freizeitaktivitäten Fitnessstudio**

…....Schwimmen ……….Gewichtheben

…….Golfen (18 Loch) ……….Beintraining

…….Radfahren (>30min) ……….Stepper

…….Gartenarbeit ………..Fahrradergometer/Spinning

…….Bowlen ………..Beinpresse

…… Tennis, Squash, Federball ………..Jogging

…….Spazieren gehen ………. Elliptikal Trainer (Wackelbrett)

……..Tanzen, Ballett ………..Aerobics

……..Dehnübungen

**Wie stark sind Ihre Beschwerden während der folgenden Aktivitäten?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitäten****Bitte die 3 Aktivitäten übertragen** | gar nicht5 | wenig4 | mittel3 | stark2 | sehr stark1 | Nicht möglich wegen dem Knie0 |
| **1.** ……………………………. |  |  |  |  |  |  |
| **2.**……………………………. |  |  |  |  |  |  |
| **3.**……………………………. |  |  |  |  |  |  |

**Maximale Punktezahl (15 Punkte)**

**Diese 3 Aktivitäten bitte in die nachfolgenden leeren Felder eintragen**

**MAXIMALE PUNKTEZAHL (100 Punkte)**