

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Alle Fragen sind zu beantworten wenn nicht anders kommentiert.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt
- bitte spezifizieren
- mehrere Antworten erlaubt
- Pflichtfragen

Höhe des Eingriffs

- obere HWS
- zervikothorakal
- thorakal
- thorako-lumbo-sakral
- lumbo-sakral
- coccygeal
- mittlere/untere HWS
- zerviko-thorako-lumbal
- thorakolumbal
- lumbal
- sakral

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

| | | |
|---------------------------------|--------------|--------------------------|
| Nachname | Vorname | Geschlecht |
| Strasse | | Pat.-Nr. |
| Ländercode | Postleitzahl | Wohnort |
| Sozialversicherungsnummer (AHV) | | Geburtsstag (TT.MM.JJJJ) |

Nachuntersuchung

Tag C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31

Monat C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12

Jahr C00 C01 C02 C03 C04 C05 C06 C07 C08 C09 C10 C11 C12 C13 C14 C15 C16

| | |
|--|--|
| <p>Intervall</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> anderer (Jahre) <p>(z.B. 4 Mte = 0.33 (4/12))</p> | <p>Arbeitssituation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nicht gearbeitet seit OP <input type="checkbox"/> ehemalige Arbeit Teilzeit <input type="checkbox"/> ehemalige Arbeit Vollzeit <input type="checkbox"/> ausgeschieden nach Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Wiedereingldrg, neue Tätigkeit <input type="checkbox"/> wurde entlassen <input type="checkbox"/> berentet seit Eingriff <input type="checkbox"/> berentet vor Eingriff <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Student/Kind <input type="checkbox"/> andere |
|--|--|

Nur diejenigen operativen Ziele angeben, welche in 'Ziele des Eingriffs' im OP-BOGEN angegeben wurden.

| | | |
|--|---|---|
| <p>Erreichte chirurgische Massnahmen/Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rückenschmerz-Befreiung <input type="checkbox"/> Befreiung peripherer Schmerzen <input type="checkbox"/> Funktionsverbesserung <input type="checkbox"/> motorische Verbesserung <input type="checkbox"/> sensorische Verbesserung <input type="checkbox"/> Verbess. d. Blasen- und sexuell. Funkt. <input type="checkbox"/> spinale Stabilisierung <input type="checkbox"/> Stoppen der Deformationsprogression <input type="checkbox"/> prophylaktische Dekompression <input type="checkbox"/> Kosmetische Verbesserung <input type="checkbox"/> diagnostische Massnahmen <input type="checkbox"/> andere | <p>Teilweise erreichte chir. Massnahmen/Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rückenschmerz-Befreiung <input type="checkbox"/> Befreiung peripherer Schmerzen <input type="checkbox"/> Funktionsverbesserung <input type="checkbox"/> motorische Verbesserung <input type="checkbox"/> sensorische Verbesserung <input type="checkbox"/> Verbess. d. Blasen- und sexuell. Funkt. <input type="checkbox"/> spinale Stabilisierung <input type="checkbox"/> Stoppen der Deformationsprogression <input type="checkbox"/> prophylaktische Dekompression <input type="checkbox"/> Kosmetische Verbesserung <input type="checkbox"/> diagnostische Massnahmen <input type="checkbox"/> andere | <p>Nicht erreichte chir. Massnahmen/Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rückenschmerz-Befreiung <input type="checkbox"/> Befreiung peripherer Schmerzen <input type="checkbox"/> Funktionsverbesserung <input type="checkbox"/> motorische Verbesserung <input type="checkbox"/> sensorische Verbesserung <input type="checkbox"/> Verbess. d. Blasen- und sexuell. Funkt. <input type="checkbox"/> spinale Stabilisierung <input type="checkbox"/> Stoppen der Deformationsprogression <input type="checkbox"/> prophylaktische Dekompression <input type="checkbox"/> Kosmetische Verbesserung <input type="checkbox"/> diagnostische Massnahmen <input type="checkbox"/> andere |
|--|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Medikamente für WS-OP / Pathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> NSAR, Paracetamol (WHO I) <input type="checkbox"/> schwache Opiate (WHO II) <input type="checkbox"/> Starke Opiate (WHO III) <input type="checkbox"/> Steroide <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Vitamin B Komplex <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> andere | <p>Ergebnis (Untersucher)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> exzellent <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Eigentherapie <input type="checkbox"/> Therapie ambulant <input type="checkbox"/> Therapie stationär <input type="checkbox"/> andere | <p>Entscheid</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine weitere NU <input type="checkbox"/> weitere Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Revision vorgesehen <input type="checkbox"/> anderer Primäreingriff vorgesehen |
|---|--|

Kommentar zur Nachuntersuchung

Komplikationen

| | |
|---|---|
| <p>Komplikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nein (Antwort 'nein' schliesst alle weiteren Fragen aus) <input type="checkbox"/> ja | <p>Zeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> früh, OP-Tag bis 28 Tage postop. <input type="checkbox"/> subakut, 2 - 6 Monate <input type="checkbox"/> spät, > 6 Monate, |
|---|---|

| |
|---|
| <p>Typ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sensorische Dysfunktion <input type="checkbox"/> motorische Dysfunktion <input type="checkbox"/> Darm/ Blasen Funktionsstörungen <input type="checkbox"/> Non-union <input type="checkbox"/> Implantatversagen <input type="checkbox"/> Instabilität <input type="checkbox"/> Liquorleck -Fistel/ Pseudomeningocele <input type="checkbox"/> oberflächliche Wundinfektion <input type="checkbox"/> subfasciale Wundinfektion <input type="checkbox"/> Spondylitis <input type="checkbox"/> Discitis <input type="checkbox"/> epidurales Hämatom <input type="checkbox"/> extravertebrales Hämatom <input type="checkbox"/> falsche Etage <input type="checkbox"/> Fehlstellung Implantat <input type="checkbox"/> wiederkehrende Symptome <input type="checkbox"/> Transplantat Komplikationen <input type="checkbox"/> Anästhesienachwirkungen <input type="checkbox"/> Anschlussegment-Pathologie <input type="checkbox"/> wiederkehrender Tumor <input type="checkbox"/> Wirbelsäulendekompensation <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> Zentrales Nervensystem (Komplik.) <input type="checkbox"/> Fraktur Wirbelkörper(strukturen) <input type="checkbox"/> Thrombembolie <input type="checkbox"/> andere |
|---|

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| <p>Therapeutische Konsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> konservativ stationär <input type="checkbox"/> konservativ ambulant <input type="checkbox"/> Wiedereingriff <input type="checkbox"/> andere | <p>Individuelle Konsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vermehrte Schmerzen <input type="checkbox"/> verlängerte Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> verminderte soziale Aktivitäten <input type="checkbox"/> dauerhafter Schaden <input type="checkbox"/> andere | <p>Untersucher</p> |
|---|--|---------------------------------|

Kommentar zu Komplikationen