

# Fragebogen: Knieerkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

## 1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- |   |   |  |                                      |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Knorpelschaden   | <input type="checkbox"/> Meniskusschaden        | <input type="checkbox"/> Patellasehnenreizung    | <input type="checkbox"/> Gonarthrose |
| <input type="checkbox"/> Kreuzbandriss    | <input type="checkbox"/> Chondropathia patellae | <input type="checkbox"/> Schleimbeutelentzündung |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |   |  |                                      |

## 2. Welche Beschwerden treten auf?

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen              | wann und wie lange: _____ |
| <input type="checkbox"/> Instabilität           | wann und wie lange: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | wann und wie lange: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____       |                           |

## 3. Welche Ursachen sind bekannt?

- |   |                                      |                                 |  |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Verschleiß   | <input type="checkbox"/> Überlastung | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> rheumatische Symptome |
| <input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                                      |                                 |  |

## 4. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

## Untersuchungen:

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Sonographie                   | Ergebnis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kernspin-/Computertomographie | Ergebnis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen                       | Ergebnis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Athroskopie                   | Ergebnis: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____                         | Ergebnis: _____ |

## Heilmittelverordnungen:

- |   |                 |                    |
|---|-----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie   | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Massagen         | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung  | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                 |                    |

# Fragebogen: Knieerkrankungen

B

## 5. Nur bei Meniskusverletzungen auszufüllen: Behandlung der Verletzung?

- Punktion                       Injektion                       Teilresektion                       Resektion  
 Menokoplexie (Annähen/Antackern des Meniskus)  
 Schienenlagerung und abschwellende Medikamente/Ruhigstellung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 6. Nur bei Kreuzbandverletzungen: Behandlung der Verletzung?

- konservative Behandlung                       Kreuzbandplastik  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 7. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja                       OP                      | Datum der OP: \_\_\_\_\_                      Art: \_\_\_\_\_  
     OP angeraten                      | wann: \_\_\_\_\_                      Art: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 8. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja                       Aufenthalt                      | von: \_\_\_\_\_                      bis: \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 9. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja                      | von: \_\_\_\_\_                      bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 10. Ist das Knie wieder vollständig belastbar?

- Ja                       Nein

## 11. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_                       Nein

## 12. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_                       Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde