

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Felder sind komplett auszufüllen.

- Fragetypen** genau 1 Antwort
 mehrere Antworten

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Seite | Format | Einverständnis Patient |
| <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> minimal | <input type="checkbox"/> liegt vor |
| <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> wissenschaftlich | <input type="checkbox"/> liegt nicht vor |

Wenn Format "minimal" markiert ist, sind nur die farbig unterlegten Fragen erlaubt.

Wenn "wissenschaftlich" markiert ist, sind fett umrandete Subformulare obligatorisch.

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

| | | |
|---------------------------|----------------|---------------------------|
| Nachname | Geburtsvorname | Geschlecht m / w |
| Strasse | | Pat.-Nr. (Klinikintern) |
| Land | Postleitzahl | Wohnort |
| Sozialversicherungsnummer | | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Geburtsnachname | Geburtsort | Bundes- / Geburtsland |

Pflichtangaben

Aufnahme

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** (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)

Grösse (cm)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 135 140 145 150 155 160 165 170
 175 180 185 190 195 200 205 210

Gewicht (kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 35 40 45 50 55 60 65 70
 75 80 85 90 95 100 105 110

| | | |
|--|--|---|
| Talonaviculararthrose | USG-Arthrose | Fussdeformitäten |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Spreizfuss <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss <input type="checkbox"/> Knickfuss |

| | | |
|---|---|--|
| Status OSG Gegenseite | Rückfuss | Beinachse |
| <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung | <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> Synovialektomie |

Hauptdiagnose

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> primäre Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Psoriasisarthropathie |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> chronische Polyarthrit |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Fraktur | <input type="checkbox"/> juvenile Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Z. nach Bandverletzung | <input type="checkbox"/> Hämophiliearthropathie |
| <input type="checkbox"/> Z. nach sonstigem SG-Trauma | <input type="checkbox"/> osteochondrale Läsionen |
| <input type="checkbox"/> Osteonekrose | <input type="checkbox"/> RA / postarthritische Arthrose |
| <input type="checkbox"/> postinfektiöse Arthrose | <input type="checkbox"/> andere |

Frühere Operationen

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> operative Versorgung einer Lisfrancluxationsfraktur |
| <input type="checkbox"/> Osteosynthese Fraktur | <input type="checkbox"/> Osteosynthesen an den Mittelfussknochen |
| <input type="checkbox"/> Bandnaht/Bandplastik | <input type="checkbox"/> Osteosynthesen an den Phalangen |
| <input type="checkbox"/> Synovektomie arthroskopisch | <input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien am Rückfuss |
| <input type="checkbox"/> Synovektomie offen | <input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an der Fusswurzel |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an den Mittelfussknochen |
| <input type="checkbox"/> Arthrodese Mittel-/Rückfuss | <input type="checkbox"/> Korrekturosteotomien an den Phalangen |
| <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese | <input type="checkbox"/> Vorfusskorrekturen |
| <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung | <input type="checkbox"/> Synovialektomie arthroskopisch |
| <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung | <input type="checkbox"/> Synovialektomie offen |
| <input type="checkbox"/> Osteosynthesen am Kalkaneus | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Osteosynthesen am Talus | |
| <input type="checkbox"/> Osteosynthesen an der Fusswurzel | |

Aufnahme Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|---------------------|
| SUBDIAGNOSE | Kortikoidtherapie | Basistherapie | Zustand nach Fraktur | Z. n. Bandverletzung | Zustand n. sonstigem OSG-T | Osteonekrose |
| <input type="checkbox"/> ja, bitte spez. <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> DMARS <input type="checkbox"/> Biologika <input type="checkbox"/> Kombinations-therapie | <input type="checkbox"/> fibulär <input type="checkbox"/> tibial <input type="checkbox"/> Kalkaneus <input type="checkbox"/> Talus <input type="checkbox"/> Mittelfuss | <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> spezifizieren: | <input type="checkbox"/> idiopathisch <input type="checkbox"/> steroidale Genese <input type="checkbox"/> Osteochondrosis dissecans <input type="checkbox"/> Osteochondrale Läsion / OD <input type="checkbox"/> andere | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---|--|
| KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG | Status rechtes Knie | Status linkes Knie | Kontralaterale Talonaviculararthrose | Kontralaterale USG-Arthrose | Systemische Erkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> varische Beinachse | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> varische Beinachse | <input type="checkbox"/> valgische Beinachse <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | <input type="checkbox"/> valgische Beinachse <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch | <input type="checkbox"/> Varikosis <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Syst. inflammat. Erkrankung <input type="checkbox"/> andere | |

Klinische Beurteilung

Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

| | | | |
|--|--|--|---|
| Allgemeinzustand (ASA) | Rauchen | Alkohol | Schmerz* |
| <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA1, gesund <input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> kein Schmerz <input type="checkbox"/> leichter <input type="checkbox"/> mässiger <input type="checkbox"/> stärkster |
| <input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr. | | | |
| <input type="checkbox"/> ASA4, lebensbedrohlich | | | |
| <input type="checkbox"/> ASA5, moribund | | | |
| Schmerzintensität — kein Schmerz (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) — schlimmster Schmerz | | | |

** BMI wird online berechnet

Operateur Assistent

Klinische Beurteilung Fortsetzung

FUNKTION (AOFAS)

| | | |
|---|--|--|
| <p>Aktivitätseinschränkungen*</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p> | <p>Maximale Gehstrecke am Stück*</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 400 und 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 100 und 400 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 100 Meter</p> | <p>Laufoberflächen/Untergrund*</p> <p><input type="checkbox"/> keine Probleme auf jeglichen Oberflächen</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigungen zu gehen</p> |
| <p>Gangauffälligkeiten*</p> <p><input type="checkbox"/> keine oder geringe</p> <p><input type="checkbox"/> offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)</p> <p><input type="checkbox"/> deutliche (G. schwierig und abnorm)</p> | <p>Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*</p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (30° oder mehr)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (15 -29°)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 15°)</p> | <p>SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*</p> <p><input type="checkbox"/> stabil</p> <p><input type="checkbox"/> instabil</p> |
| <p>Ausrichtung/Alignement*</p> <p><input type="checkbox"/> gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> mäßig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung</p> | <p>Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*</p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% d. N.)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 25% der Norm)</p> | |

Klinische Beurteilung Zusatz (optional) Diese optionale Subform auswählen

MOBILITÄT

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>Gangbild</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> hinkend</p> <p><input type="checkbox"/> instabiles Gangbild</p> | <p>Gehhilfen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p> | <p>Spez. Gehhilfen</p> <p><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p><input type="checkbox"/> UAGS</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator/ Gehbock</p> | <p>Orthopädische Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhzurichtung</p> | <p>Rezidivierende Supinationstraumen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> |
|---|--|---|--|---|

BEWEGUNGSUMFANG

Plantarflexion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) C-5 E-10 E-15 E-20 E-30 E-35 E-40 E-45 E-50

Dorsalextension (°) 0 5 10 15 20 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) C-5 E-10 E-15 E-20 E-30 E-35 E-40 E-45 E-50

Inversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Eversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| <p>Analgetika für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p> | <p>Spez. Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> NSAR</p> | <p>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison</p> <p><input type="checkbox"/> intraartikuläre Injektion</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> | <p>Alte OP-Narben</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Aussenknöchel</p> <p><input type="checkbox"/> Innenknöchel</p> | <p><input type="checkbox"/> ventral, quer</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, längs</p> <p><input type="checkbox"/> Arthroskopienarben</p> | <p>Hautzustand</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p> |
|--|--|---|---|---|---|

Operation

EINGRIFF

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Jahr 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Implantaterfassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> separater Bogen</p> <p><input type="checkbox"/> manuelle Eingabe online</p> <p><input type="checkbox"/> Scanner basierte Eingabe</p> | <p>ICD-Codes:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(Zusätzlich zu online generierten Codes)</p> | <p>Art des Eingriffs</p> <p><input type="checkbox"/> valgisierende supramalleoläre Umstellung</p> <p><input type="checkbox"/> varisierende supramalleoläre Umstellung</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> | <p>Spongiosaplastik</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>Osteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> K-Draht</p> <p><input type="checkbox"/> Schrauben</p> <p><input type="checkbox"/> Platten - n. winkelstabil</p> <p><input type="checkbox"/> Platten - winkelstabil</p> <p><input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Marknagelsystem</p> | <p>Antibiotikaprophylaxe</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalgabe</p> <p><input type="checkbox"/> Zweimalgabe</p> <p><input type="checkbox"/> öfter</p> | <p>Intraoperative Komplikationen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Fx. Malleolus lat.</p> <p><input type="checkbox"/> Gefässverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> anästhesiologisch</p> | <p><input type="checkbox"/> Fraktur der Gegenkortikalis</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> |
| <p>Intraoperative Röntgenkontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> | <p>Operationsdauer</p> <p><input type="checkbox"/> nicht doku.</p> <p><input type="checkbox"/> <1 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 Std.</p> <p><input type="checkbox"/> >3 Std.</p> | <p>Zusätzliche Eingriffe</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Achillessehnenverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodesse USG</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodesse talonavicular</p> | <p>Therapie der Komplikationen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> K-Draht-Osteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Verschraubung</p> <p><input type="checkbox"/> Plattenosteosynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnnäht</p> <p><input type="checkbox"/> Gefäss- /Nervennaht</p> <p><input type="checkbox"/> Verwendung einer Revisionskomponente</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> |
| | | <p><input type="checkbox"/> Arthrodesse kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverschiebung</p> <p><input type="checkbox"/> Kalkaneusverlängerung</p> <p><input type="checkbox"/> mediale Bandrekonstruktion</p> | <p><input type="checkbox"/> laterale Bandrekonstruktion</p> <p><input type="checkbox"/> laterale Stabilisierung OSG</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> |

* = AOFAS - online Scoreberechnung

Operateur Assistent

Operation Zusatz (optional) Diese optionale Subform aktivieren

| | | | |
|---|---|--|--|
| Qualifikation des Operateurs | Knochenqualität | Pathologieprobe | Narkose |
| <input type="checkbox"/> Spezialisierter Fusschirurg | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> keine Probe | <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> epidural |
| <input type="checkbox"/> Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> sklerotisch | <input type="checkbox"/> histologisch | <input type="checkbox"/> spinal <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Facharzt Allgemein Chirurgie | <input type="checkbox"/> osteoporös | <input type="checkbox"/> bakteriologisch | |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde/Unfallchirurg in Weiterbildung | Blutsperre | Blutverlust | |
| <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie in Weiterbildung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vollständig | <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> < 500 ml <input type="checkbox"/> > 500 ml | |
| <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> teilweise | | |

Radiologie Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

| | | |
|---|--|---|
| Korrekturbedürftige Implantatfehlhage | Beinachse | Kritische Spaltgrösse >5 mm |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus <5° <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus 5-7° <input type="checkbox"/> Rückfussvalgus >7° | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Entlassung Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

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 C16) C17) C18) C19) C20) C21) C22) C23) C24) C25) C26) C27) C28) C29) C30) C31)

| | | |
|---|---|--|
| Systemische postoperative Komplikationen | Lokale postoperative Komplikationen | Status Komplikationen |
| <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gastrointestinal | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Nervenschädigung | Systemisch <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend |
| <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> urologisch | <input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Hautnekrose | Lokal <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend |
| <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> neurologisch | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Fraktur der Gegenkortikalis | |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Tod | <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> andere | |
| <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> Komponentendislokation | |

Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatomentlastung <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation <input type="checkbox"/> systemische Antibiose |
| <input type="checkbox"/> sekundärer Wundverschluss <input type="checkbox"/> Einlage eines Antibiotikaträgers <input type="checkbox"/> Gefäßrekonstruktion |
| <input type="checkbox"/> plastische Deckung <input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese <input type="checkbox"/> Nervennaht (primär) |
| <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlhage <input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese <i>Bitte spezifizieren</i> <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Erweiterung der Osteosynthese |

Re-Osteosynthese

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> K-Draht |
| <input type="checkbox"/> Schrauben |
| <input type="checkbox"/> Platten - n. winkelstabil |
| <input type="checkbox"/> Platten - winkelstabil |
| <input type="checkbox"/> Doppelplattenosteosynthese |
| <input type="checkbox"/> Marknagelsystem |