

Name _____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	Datum VAS □□.□□.□□
	Klinik-Lfd.Nr.	□□ – □□□□	
Geburtstag □□.□□.□□	Untersucher	□□□	Zeitpunkt <input type="checkbox"/> 1 Präoperativ; <input type="checkbox"/> 2 Postoperativ, vor Implantatentfernung (IE); <input type="checkbox"/> 3 IE; <input type="checkbox"/> 4 Nach IE

### Hinweise zu den Fragen und zum Ausfüllen des Bogens

#### Zeitraum:

- Beschreiben Sie bitte nur den Zeitraum vor dem Unfall bzw. der Operation
- Beschreiben Sie bitte nur den Zeitraum zwischen Unfall/Operation und Implantatentfernung (IE)
- Beschreiben Sie bitte nur den aktuellen Zeitraum

(Zutreffendes ist vom Untersucher anzukreuzen)

Auf der Rückseite / nächsten Seite befindet sich ein Fragebogen zum Thema „Fußprobleme“ (z.B. Schmerzen am Fuß). Zur Beantwortung der Fragen steht Ihnen eine Skala in Form einer Linie zur Verfügung. Bitte markieren Sie als Antwort auf jede Frage die Stelle auf der Linie mit einem **Kreuz (✕)**, die Ihre persönliche Situation im o.g. Zeitraum (durchschnittlich) am besten wiedergibt. Am linken Rand der Linien befindet sich immer der für Sie negativste Wert. Am rechten Rand befindet sich der für Sie positivste Wert. Schreiben Sie bitte **keine Klartextantworten** wie z.B. „sehr lange, über 2 Stunden“!

Nachfolgend ist eine Beantwortung der Frage „Wie geht es Ihnen heute?“ als Beispiel wiedergegeben:

Sehr schlecht



Bestens, sehr gut

Die Antwort durch das Kreuz auf der Linie bedeutet in diesem Beispiel, daß es Ihnen heute „ganz gut“ aber nicht „sehr gut“ geht.

Beantworten Sie die Fragen bitte nur negativ, wenn Fußprobleme auch wirklich verantwortlich für die Einschränkung bei einer bestimmten Tätigkeit sind. **Beispiel:** Die Frage nach Fußproblemen beim Laufen würden Sie vielleicht mit „Laufen unmöglich“ beantworten, weil Sie ggf. die Puste zum Laufen nicht (mehr) haben. Gemeint ist jedoch, ob Sie prinzipiell ohne Fußprobleme laufen könnten oder, ob Ihnen Fußprobleme - wie Schmerzen - das Laufen unmöglich machen.

**Bitte beantworten Sie wenn möglich jede Frage!** Beantworten Sie nur die Fragen nicht, die für Sie gar nicht zutreffen! Nutzen Sie bitte das Feld „Ergänzungen / Besonderheiten / Bemerkungen“ für Verbesserungsvorschläge und / oder Kritik.

#### Erläuterung einiger Begriffe:

**Körperliche Ruhe:** Gemeint ist der Zustand, wenn Sie keine anstrengenden Dinge tun wie z.B. die Zeitung lesen, auf dem Sofa oder im Bett liegen, fernsehen, Musik hören, sich entspannen usw.

**Körperliche Belastung:** Gemeint ist der Zustand, wenn Sie Tätigkeiten verrichten wie z.B. schwere Gartenarbeiten, schwere berufsbedingte Arbeiten, anstrengenden Sport treiben usw.

**Hausarbeiten:** Gemeint sind alltägliche Tätigkeiten wie z.B. Fenster putzen, bügeln, staubsaugen, abwaschen, kochen, den Boden wischen, aufräumen usw.

**Aktivitäten des täglichen Lebens:** Gemeint sind persönliche Tätigkeiten wie z.B. aus dem Bett aufstehen, essen, sich waschen, sich anziehen, sich die Schuhe anziehen, Strümpfe anziehen, sich die Schuhe zubinden usw. Die Antworten auf diese Fragen sollte sich nicht auf Tätigkeiten beziehen, die bereits an anderer Stelle des Fragebogens (z.B. Stehen, Vorbeugen, Tragen von Gegenständen usw.) erfragt werden!

#### Ergänzungen / Besonderheiten / Bemerkungen



Starkes Hinken, invalidisierend	<b>Wie stark veränderten Fußprobleme Ihr Gangbild?</b>	Keine Veränderung, normales Gangbild
Ständig, immer	<b>Wie oft haben Sie in körperlicher Ruhe Fußschmerzen?</b>	Nie, sehr selten
Nicht auszuhalten, unerträglich	<b>Wie stark sind dann in körperlicher Ruhe die Fußschmerzen?</b>	Keine Schmerzen
Ständig, immer	<b>Wie oft haben Sie bei körperlicher Belastung Fußschmerzen?</b>	Nie, sehr selten
Nicht auszuhalten, unerträglich	<b>Wie stark sind dann bei körperlicher Belastung die Fußschmerzen?</b>	Keine Schmerzen
die Schwäche behindert mich erheblich	<b>Haben Sie den Eindruck, dass ein Bein schwächer ist als das andere?</b>	gleiche Kraft wie im gesunden Bein
Ausgedehnte, schmerz- hafte Schwielen	<b>Haben Sie Fußschwielen?</b>	keinerlei Schwielenbildung
Mein Fuß/Sprunggelenk ist ständig völlig steif	<b>Haben Sie ein Steifigkeitsgefühl im Bereich Sprunggelenk oder der Fuß?</b>	keinerlei Steifigkeit zu keinem Zeitpunkt
Treppensteigen unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Treppensteigen ein?</b>	Treppensteigen ohne Einschränkung möglich
Alter Beruf kann nicht mehr ausgeübt werden	<b>Wie stark schränken Fußprobleme Ihren Beruf ein?</b>	Keine Einschränkung im Beruf
Autofahren unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Autofahren ein (Kupplung, Gas, Bremse)?</b>	Autofahren ohne Einschränkung möglich
Gar nicht, nur kurz oder mit Hilfsmitteln	<b>Wie lange können Sie ohne Fußprobleme stehen?</b>	Stundenlang, ohne Einschränkung
auf einem Bein stehen ist unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Stehen auf einem Bein ein?</b>	keine Einschränkung
Gar nicht, nur kurz oder mit Hilfsmitteln	<b>Wie lange können Sie ohne Fußprobleme gehen?</b>	Stundenlang, ohne Einschränkung
Auch kurzes Laufen unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Laufen ein (z. B. Jogging, Waldlauf etc.)?</b>	Längeres Laufen ohne Einschränkung möglich
Allein unmöglich, immer hilfsbedürftig	<b>Wie stark schränken Fußprobleme Aktivitäten des tägl. Lebens ein (z. B. Anziehen, Essen, Waschen etc.)?</b>	Keine Einschränkung
Reisen unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Reisen ein (z. B. zugfahren, busfahren, fliegen etc.)?</b>	keine Einschränkung
Ich kann nur orthopä- dische Schuhe tragen	<b>Haben Sie Probleme passende Schuhe zu finden?</b>	Ich kann jeden Schuh tragen
Auf unebenem Gelände Gehen unmöglich	<b>Wie stark schränken Fußprobleme das Gehen auf unebenem Gelände ein?</b>	keinerlei Einschränkung in unebenem Gelände
komplett gefühllos	<b>Wie stark sind Gefühlsstörungen an Ihrem Fuß/ Ihren Füßen?</b>	Normales Gefühl