

Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie Rummelsberg / Nürnberg

Evaluationsbogen Orthoscoot®

©Martinus Richter 2015

wird von der Klinik ausgefüllt	
Patientencode RU _____	Pfad Nr. _____

Alter _____ Größe _____ Gewicht _____

Geschlecht m w Seite links rechts OP-Datum _____

Beruf _____

Art der beruflichen Tätigkeit (Mehrfachnennung möglich)

Sitzend Stehend Umhergehend Tragen von Lasten

Verwendung Orthoscoot® von - bis _____

Arbeitsfähigkeit

voll am _____ ggf. teilweise am _____

Vollständiger Verzicht auf Gehstützen ja nein

Sturz mit Orthoscoot® während Verwendung ja nein

Handhabung Orthoscoot®

(nur die am ehesten zutreffende Zahl ankreuzen)

Völlig unbrauchbar 0 1 2 3 4 Perfekt

Schmerzen bei Verwendung Handhabung Orthoscoot®

(nur die am ehesten zutreffende Zahl ankreuzen)

Stärkste Schmerzen 0 1 2 3 4 Schmerzfrei

Verbesserung der Mobilität durch Verwendung von Orthoscoot®

(nur die am ehesten zutreffende Zahl ankreuzen)

Gar keine Verbesserung
bzw. Verschlechterung 0 1 2 3 4 Massive
Verbesserung