

Fragebogen MRT - Knie

Patientenname: _____

In welchem Knie haben Sie Beschwerden? _____

1. Haben Sie Schmerzen?

| | ja | nein |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| in Ruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Streckung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Beugung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Treppenabsteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nur nach längerer Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Wo sind die Schmerzen lokalisiert?

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Innenseite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Außenseite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| im Knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in der Kniekehle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unter der Kniescheibe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Bestehen Bewegungseinschränkungen?

| | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| bei Beugung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Streckung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Besteht eine Schwellung?

| | | |
|--------------|-------|-------|
| wenn ja, wo? | _____ | _____ |
|--------------|-------|-------|

5. Wie lange bestehen die Schmerzen?

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unfall/Verletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, wann | _____ | _____ |
| ohne Unfall | | |
| - weniger als 1 Monat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - weniger als 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - seit wieviel Jahren | _____ | _____ |

6. Sind Sie am Knie operiert worden?

| | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthroskopie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anzahl | _____ | _____ |
| - Wann war die letzte? | _____ | _____ |
| - Was wurde operiert? | | |
| - das Kreuzband | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - der Außenmeniskus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - der Innenmeniskus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Beschwerden seit der OP | | |
| - weniger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mehr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - gleich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |