

Einschlusskriterium:

Das Einschlusskriterium für das AltersTraumaRegister DGU® umfasst all jene Patienten, welche ein Alter von 70 Jahren oder älter erreicht haben, eine Fraktur des coxalen Femurs einschließlich periprothetischer Frakturen und periimplantärer Frakturen aufweisen und aufgrund dessen operiert wurden.

Aufnahme I Pseudonymisierte ID: _____		Klinikinterne Patienten-ID: _____	
Aufnahme in die Unfallchirurgie: Datum _____._____.20____ Uhrzeit ____:____ Uhr		Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbekannt	
Alter bei Aufnahme: (In Verbindung mit dem Aufnahmezeitpunkt in die Unfallchirurgie wird das Alter des Patienten vom System errechnet) Geburtsdatum bekannt _____._____._____ Geburtsdatum unbekannt: Geschätztes Alter ____ Jahre		Gefähigkeit vor Frakturereignis: <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> selbständige Gefähigkeit ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze <input type="radio"/> Gefähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator <input type="radio"/> gewisse Gefähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson <input type="radio"/> keine funktionale Gefähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)	
Wohnsituation vor Frakturereignis: <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen <input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer) <input type="radio"/> Sonstiges: _____		Antikoagulation bei Aufnahme: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, wann war die letzte Einnahme und bitte spezifizieren:</u> Datum _____._____.20____ Uhrzeit ____:____ Uhr <input type="checkbox"/> Vitamin-K-Antagonist <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure <input type="checkbox"/> andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel) <input type="checkbox"/> direkte Thrombininhibitoren (z.B. Dabigatran)	
Wo wurde sich die Fraktur zugezogen? <input type="radio"/> innerhalb der üblichen Wohnsituation <input type="radio"/> außerhalb der üblichen Wohnsituation <input type="radio"/> im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung <input type="radio"/> unbekannt		Sonstige: <input type="checkbox"/> direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (z.B. Rivaroxaban, Apixaban) <input type="checkbox"/> Heparin, Heparinoid (z.B. Fondaparinux) <input type="checkbox"/> andere: _____	
Contralaterale coxale Femurfraktur in den vergangenen 6 Monaten? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt			
Osteoporosetherapie vor Frakturereignis: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, bitte spezifizieren</u> <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation			

Aufnahme II		Pseudonymisierte ID: _____	Klinikinterne Patienten-ID: _____
<p>Geriatrisches Screening:</p> <p>Wurde ein geriatrisches Screening durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Ist der Patient laut dieses Tests ein geriatrischer Patient?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>		<p>Wenn ein geriatrisches Screening durchgeführt wurde, welcher Test wurde verwendet:</p> <p><input type="radio"/> ISAR (siehe unten)</p> <p><input type="radio"/> AFGiB/GSK</p> <p><input type="radio"/> Lachs</p> <p><input type="radio"/> TRST</p> <p><input type="radio"/> Barthel</p> <p><input type="radio"/> anderer</p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p>	
<p>Clinical Frailty Scale-Test</p> <p><input type="radio"/> 1 - Sehr fit</p> <p><input type="radio"/> 2 - Durchschnittlich aktiv</p> <p><input type="radio"/> 3 - Gut zurechtkommend</p> <p><input type="radio"/> 4 - Vulnerabel</p> <p><input type="radio"/> 5 - Geringgradig fragil</p> <p><input type="radio"/> 6 - Mittelgradig fragil</p> <p><input type="radio"/> 7 - Ausgeprägt fragil</p> <p><input type="radio"/> 8 - Extrem fragil</p> <p><input type="radio"/> 9 - Terminal erkrankt</p>		<p>Delir-Screening:</p> <p><input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Wurde der NuDesc verwendet?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Falls ja:</p> <p>NuDesc-Summe: _____</p>	
<p>ISAR-Test (Identification of seniors at risk)</p> <p><input type="radio"/> ISAR-Test vom Pat. komplett oder teilweise verweigert</p>			
<p><u>Fragen zum ISAR-Test</u></p>			<p>ja nein</p>
<p>Frage 1: Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Frage 2: Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Frage 3: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Frage 4: Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Frage 5: Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Frage 6: Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?</p>			<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>Liegt eine Patientenverfügung vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>			

Prä-OP																			
<p>ASA-Klassifikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> 1 - Normaler, gesunder Patient <input type="radio"/> 2 - Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="radio"/> 3 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung <input type="radio"/> 4 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist. <input type="radio"/> 5 - moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird 	<p>Frakturtyp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> medial / intrakapsulär (laterale/mediocervicale Frakturen sind als peritrochantäre Frakturen zu werten) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> Garden I, II (nicht disloziert) <input type="radio"/> Garden III, IV (disloziert) <input type="radio"/> peritrochantär AO 31 <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> A3 <input type="radio"/> rein subtrochantär <input type="radio"/> periprothetische Fraktur (Vancouver-Klassifikation) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> Typ A <input type="radio"/> Typ B <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> B3 <input type="radio"/> Typ C <input type="radio"/> periimplantäre Fraktur <input type="radio"/> andere: _____ 																		
<p>Zusätzliche behandlungsbedürftige Verletzungen:</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung <input type="checkbox"/> andere/weitere: _____ <p>Fraktur und/oder Luxation von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oberer Extremität (ipsilateral) <input type="checkbox"/> oberer Extremität (kontralateral) <input type="checkbox"/> unterer Extremität (ipsilateral) <input type="checkbox"/> unterer Extremität (kontralateral) <input type="checkbox"/> Becken 	<p>Pathologische Fraktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> malignom <input type="radio"/> atypisch 																		
<p>Labor:</p> <p>Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l *</p> <p>Thrombozytenzahl _____ μl oder gpt/l *</p> <p>TPZ (Quick) _____ %</p> <p>PTT _____ sek</p> <p>INR _____ [ohne Einheit]</p> <p>Albumin _____ g/l oder mg/dl *</p> <p>Natrium _____ mmol/l</p> <p>GFR _____ ml/min/1,73</p> <p>Kalium _____ mmol/l</p>	<p>Medikamentöse Gerinnungstherapie vor der OP?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranexamsäure</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>PPSB</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Antidot DOA</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Vitamin K</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidot DOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vitamin K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein																	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Antidot DOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Vitamin K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (die Einheiten können über eine Mitteilung an den Support über support-atr@auc-online.de in den Masken angepasst werden).

OP																			
<p>OP Datum & Schnittzeit: Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____</p>	<p>Operationsverfahren:</p> <p><input type="checkbox"/> Schrauben (ohne dynamische Hüftschraube)</p> <p><input type="checkbox"/> Dynamische Hüftschraube</p> <p><input type="checkbox"/> Marknagel</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> geschlossen</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> offen ohne Cerclage</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> offen mit Cerclage</p> <p><input type="checkbox"/> Duokopf-Prothese / Bipolar-Prothese</p> <p><input type="checkbox"/> Total-Endoprothese</p> <p><input type="checkbox"/> anderes Operationsverfahren: _____</p>																		
<p>Narkoseform:</p> <p><input type="checkbox"/> Vollnarkose</p> <p><input type="checkbox"/> Spinalanästhesie</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p>	<p>Bei periprothetischer / periimplantäre Fraktur:</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese (zusätzliche)</p>																		
<p>Medikamentöse Gerinnungstherapie:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranexamsäure</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>PPSB</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Antidot DOA</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Vitamin K</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidot DOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vitamin K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Patient auf Intensivstation/IMC/PACU oder ähnliches verlegt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte Grund angeben</u></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> geplant, zur Routineüberwachung</p> <p><input type="radio"/> intraoperative Komplikationen</p>
	ja	nein																	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Antidot DOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Vitamin K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
<p>Der Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D ist an den unten genannten Tagen auszufüllen: (s. Seite 5 und 6, vom Patienten oder mit Hilfe Dritter auszufüllen)</p> <p>Tag 7 Post-OP ist der _____._____.20_____</p> <p>Tag 120 Post-OP ist der _____._____.20_____</p> <p>(bitte berechnen)</p>	<p>Länger als 24h auf Intensivstation/IMC/PACU:</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>																		

1. Post-OP Woche		Pseudonymisierte ID: _____	Klinikinterne Patienten-ID: _____
<p><u>Mobilisation am 1. post-OP-Tag</u></p> <p>Vollbelastung der Fraktur erlaubt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Mobilisation wurde durchgeführt? (mindestens bis an die Bettkante)</p> <p><input type="radio"/> ja, bis an die Bettkante</p> <p><input type="radio"/> ja, über die Bettkante hinaus</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><u>Bei ja: Mobilisation durch die Physiotherapie</u></p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Gab es nicht-chirurgische Komplikationen während des Aufenthaltes:</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, welche:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dekubitus</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>Falls ja:</u> <input type="checkbox"/> dieser lag bereits bei Aufnahme vor</p> <p><input type="checkbox"/> Myokardinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombose</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenembolie</p> <p><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> akut <input type="radio"/> akut auf chronisch</p> <p style="padding-left: 40px;">minimale GFR _____ ml/min/1,73</p> <p><input type="checkbox"/> Delir</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> konservative Behandlung</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> medikamentöses Management</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> beides</p> <p><input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		
<p><u>Gehfähigkeit am 7. post-OP-Tag:</u></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> ohne Hilfsmittel</p> <p><input type="radio"/> mit Unterarmgehstützen / Gehstock</p> <p><input type="radio"/> mit Rollator</p> <p><input type="radio"/> mit Gehbock</p> <p><input type="radio"/> mit Gehwagen</p> <p><input type="radio"/> nicht möglich</p>	<p><u>Hat eine Mitbehandlung durch Geriater stattgefunden?</u></p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><u>Wenn ja: Wann erfolgte der erste Kontakt durch einen Geriater?</u></p> <p>Datum: ____ . ____ . 20 ____ Uhrzeit: ____ : ____ Uhr</p> <p><u>Wenn ja: Erfolgte der Kontakt</u></p> <p><input type="radio"/> am Patientenbett</p> <p><input type="radio"/> Telefonisch</p> <p><input type="radio"/> Telemedizinisch (Videoübertragung)</p> <p><input type="radio"/> Unbekannt</p>		
<p><u>Durchführung EQ5D am 7. Tag Post-OP</u></p>	<p><u>Osteoporosetherapie bis 7. post-OP-Tag:</u></p> <p>Vitamin D</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen</p> <p>Spezifische Osteoporosemedikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> empfohlen</p> <p><u>Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben:</u></p> <p><input type="radio"/> Bisphosphonat</p> <p><input type="radio"/> Antikörper</p> <p><input type="radio"/> Parathormon</p> <p><input type="radio"/> sonstige</p>		
<p>Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf Seite 9.</p>			

Entlassung / Verlegung I Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____																																					
<p>Entlassung aus dem AltersTraumaZentrum:</p> <p>Datum _____._____.20_____</p> <p>Entlassen durch:</p> <p><input type="radio"/> Unfallchirurgie</p> <p><input type="radio"/> Akutgeriatrie</p> <p><input type="radio"/> andere Krankenhausabteilung</p> <p>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während Aufenthalt durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Entlassen nach:</p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen</p> <p><input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer, inklusive Kurzzeitpflege)</p> <p><input type="radio"/> Geriatrische Rehabilitationsklinik (inklusive Patienten, die zwischen Akutkrankenhaus und geriatrischer Reha einige Tage zu Hause waren)</p> <p><input type="radio"/> Akut-Geriatrie</p> <p><input type="radio"/> AHB-Klinik</p> <p><input type="radio"/> anderes Krankenhaus/andere Fachabteilung innerklinisch</p>																																				
<p>Hämostase-Therapie:</p> <p>Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten</p> <p>Frischplasma (FFP) _____ Einheiten oder ml</p> <p>Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten oder ml</p>	<p>Todesursache:</p> <p><input type="radio"/> kardiale Dekompensation</p> <p><input type="radio"/> Tumor</p> <p><input type="radio"/> pulmonale Dekompensation</p> <p><input type="radio"/> Sepsis</p> <p><input type="radio"/> Niereninsuffizienz</p> <p><input type="radio"/> MOV</p> <p><input type="radio"/> intraoperative Zementreaktion</p> <p><input type="radio"/> Sonstige _____</p>																																				
<p>Re-OP während Aufenthalt: (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u></p> <p>Datum der Re-OP: _____._____.20_____</p> <p>Grund für Re-OP?</p> <p><input type="radio"/> Infektion</p> <p><input type="radio"/> Hämatom/Serom</p> <p><input type="radio"/> Periprothetische Fraktur</p> <p><input type="radio"/> Versagen der Osteosynthese/Endoprothese</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges</p>	<p>(Palliative) Therapiebegrenzung:</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>																																				
<p>Durchgeführte Maßnahmen bei Re-OP während Aufenthalt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Relevanteste Maßnahme</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Zweit-relevanteste Maßnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reposition (nach Luxation)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Spülung / Débridement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Revision der Osteosynthese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Konversion in Duokopfprothese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Konversion in HTEP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Girdlestone-OP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Teilwechsel Prothese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wechsel Prothese/Implantat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteosynthese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges (lokal)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme	Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme																																			
Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
<p>Patienteneinwilligung:</p> <p><input type="checkbox"/> Einwilligung zur Durchführung des Follow-Up liegt vor</p>																																					

Entlassung / Verlegung II Pseudonymisierte ID: _____		Klinikinterne Patienten-ID: _____																																					
<p>Zweite Re-OP während Aufenthalt: (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u></p> <p>Datum der Re-OP: _____._____.20_____</p>	<p>Grund für zweite Re-OP?</p> <p><input type="radio"/> Infektion</p> <p><input type="radio"/> Hämatom/Serom</p> <p><input type="radio"/> Periprothetische Fraktur</p> <p><input type="radio"/> Versagen der Osteosynthese/Endoprothese</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges</p>																																						
<p>Durchgeführte Maßnahmen bei zweiter Re-OP während Aufenthalt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Relevanteste Maßnahme</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Zweit-relevanteste Maßnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Reposition (nach Luxation)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Spülung / Débridement</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Revision der Osteosynthese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Konversion in Duokopfprothese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Konversion in HTEP</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Girdlestone-OP</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Teilwechsel Prothese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Wechsel Prothese/Implantat</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Osteosynthese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges (lokal)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>					Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme	Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme																																					
Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<p>Dritte Re-OP während Aufenthalt: (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u></p> <p>Datum der Re-OP: _____._____.20_____</p>	<p>Grund für dritte Re-OP?</p> <p><input type="radio"/> Infektion</p> <p><input type="radio"/> Hämatom/Serom</p> <p><input type="radio"/> Periprothetische Fraktur</p> <p><input type="radio"/> Versagen der Osteosynthese/Endoprothese</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges</p>																																						
<p>Durchgeführte Maßnahmen bei dritte Re-OP während Aufenthalt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Relevanteste Maßnahme</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Zweit-relevanteste Maßnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Reposition (nach Luxation)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Spülung / Débridement</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Revision der Osteosynthese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Konversion in Duokopfprothese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Konversion in HTEP</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Girdlestone-OP</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Teilwechsel Prothese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Wechsel Prothese/Implantat</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Osteosynthese</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges (lokal)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>					Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme	Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme																																					
Reposition (nach Luxation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Spülung / Débridement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Revision der Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Konversion in Duokopfprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Konversion in HTEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Girdlestone-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Teilwechsel Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wechsel Prothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Sonstiges (lokal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

Follow-Up 120 Tage Post-OP Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____	
Follow-Up-Daten erhoben am? Datum _____._____.20_____	Wiederaufnahme? (aufgrund identischer coxaler Femurfraktur) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Konnte der Patient kontaktiert werden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	Ist eine Folgefraktur nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus aufgetreten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Aufenthaltsort nach 120 Tagen: <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen <input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer) <input type="radio"/> Geriatriische Rehabilitationsklinik <input type="radio"/> AHB-Klinik <input type="radio"/> Akutgeriatrie <input type="radio"/> Unfallchirurgie <input type="radio"/> andere Krankenhausabteilung <input type="radio"/> Tod Datum: _____._____.20_____ <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Datum unbekannt</p> <input type="radio"/> Sonstiges: _____	Contralaterale coxale Femurfraktur nach Entlassung aus Akutkrankenhaus? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Gefähigkeit nach Fraktur <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze <input type="radio"/> Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator <input type="radio"/> gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson <input type="radio"/> keine funktionale Gehfähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)	Gab es nicht chirurgische Komplikationen nach dem Aufenthalt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, welche:</u> <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> sonstige Komplikationen
Osteoporosetherapie an Tag 120 Post-OP? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u> <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation	Re-OP innerhalb 120 Tage post-OP (nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u> (nur relevanteste nach Entlassung Akutkrankenhaus) Datum der Re-OP _____._____.20_____ <input type="checkbox"/> Reposition (nach Luxation) <input type="checkbox"/> Spülung / Débridement <input type="checkbox"/> Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial <input type="checkbox"/> Revision der Osteosynthese <input type="checkbox"/> Konversion in Duokopfprothese <input type="checkbox"/> Konversion in HTEP <input type="checkbox"/> Girdlestone-OP <input type="checkbox"/> Peri-Prothetische- / Peri-Implantat-Fraktur <input type="checkbox"/> Sonstiges (lokal) _____
Durchführung EQ5D am Tag 120 Post-OP Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf Seite 10 .	

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 7 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- Fremdeinschätzung
- unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Alltägliche Tätigkeiten

(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 120 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- Fremdeinschätzung
- unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Alltägliche Tätigkeiten

(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert