

Aufnahme	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Unfallort* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unfall zu Hause <input type="radio"/> Unfall beim Sport <input type="radio"/> Unfall bei der Arbeit <input type="radio"/> Unfall im Krankenhaus <input type="radio"/> anderer 	Lebenssituation* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zu Hause, selbständig <input type="radio"/> zu Hause, pflegebedürftig <input type="radio"/> im Pflegeheim, selbstständig <input type="radio"/> im Pflegeheim, pflegebedürftig <input type="radio"/> andere
Patient jünger als 16 Jahre* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt 	Implantat oder Osteosynthese vor Ort* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Hüftprothese <input type="radio"/> Osteosynthese <input type="radio"/> andere
Fraktur Frakturtyp* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Beckenring <input type="radio"/> Acetabulum <input type="radio"/> Kombination aus beidem Traumaart* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> isoliertes Becken <input type="radio"/> Polytrauma <input type="radio"/> Mehrfachverletzungen Komplextrauma Becken* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Betroffene pelvine Organe <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> pelvine Gefäße <input type="checkbox"/> retroperitoneales Hämatom <input type="checkbox"/> Plexusläsion einseitig <input type="checkbox"/> Plexusläsion beidseitig <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Sigma <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> offene Fraktur <input type="checkbox"/> perianale Weichteile <input type="checkbox"/> Morel-Lavallée-Läsion <input type="checkbox"/> andere: _____ Blutkonserven innerhalb der ersten drei Stunden <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt 	Beckenverletzung Beckenbedingte hämodynamische Instabilität bei Aufnahme* <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Präklinische mechanische Beckenstabilisierung <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Beckengurt <input type="radio"/> Vakuummatratze <input type="radio"/> andere: _____ War die präklinische Beckenstabilisierung effektiv <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Bemerkung zur präklinischen Beckenstabilisierung <hr/>

Diagnostik	
pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____	
Diagnostik Becken Röntgen* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt CT* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	Dual-Energy-CT* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt MRT* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

Notfallintervention	
Mechanische Notfallstabilisierung im Schockraum Mechanische Notfallstabilisierung im Schockraum durchgeführt* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Maßnahmen der mechanischen Notfallstabilisierung im Schockraum <input type="checkbox"/> Tuchrolle <input type="checkbox"/> Beckengurt <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> Fixateur externe im Schockraum Dauer bis Abschluss der Notfallmaßnahmen _____ min Maßnahme effektiv <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv	Akutintervention Becken Akutintervention Becken* <input type="radio"/> keine weiteren Maßnahmen <input type="radio"/> nur Beckentamponade <input type="radio"/> nur Embolisation <input type="radio"/> 1. Embolisation + 2. Beckentamponade <input type="radio"/> 1. Beckentamponade + 2. Embolisation <input type="radio"/> weitergehende Maßnahmen (z.B. Laparotomie) _____ Dauer von Aufnahme bis Abschluss der Akutintervention _____ min Ergebnis der Akutintervention <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv Bemerkung zum Ergebnis der Akutintervention Becken _____
Mechanische Notfallstabilisierung im OP beim Becken Wurde eine Notfalloperation beim Becken durchgeführt* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Maßnahme effektiv <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv Dauer bis Notfalloperation _____ min	Notfalloperation Becken im OP <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> Fixateur externe <input type="checkbox"/> perkutane Osteosynthese <input type="checkbox"/> offene Osteosynthese <input type="checkbox"/> andere oder kombinierte Maßnahmen (Freitext) _____

Beckenring Verletzungsmuster	
pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____	
Verletzungsmuster Becken Transsymphyseär*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	Transpubisch*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Transacetabulär*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Transiliosakral*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	Transiliakal*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Transsakral*: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

Beckenring Klassifikation	
Klassifikation nach TILE* <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> A3 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> B3 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> C3 <input type="radio"/> AC iso <input type="radio"/> AC + Tile A/B	FFP-Klassifikation* <input type="radio"/> FFP Ia <input type="radio"/> FFP Ib <input type="radio"/> FFP IIa <input type="radio"/> FFP IIb <input type="radio"/> FFP IIc <input type="radio"/> FFP IIIa <input type="radio"/> FFP IIIb <input type="radio"/> FFP IIIc <input type="radio"/> FFP IVa <input type="radio"/> FFP IVb <input type="radio"/> FFP Ivc <input type="radio"/> nicht zutreffend
Klassifikation nach AO/OTA 2018 Frakturtyp* <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C Frakturgruppe* <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Fraktursubgruppe* <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	Modifikator <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> G <input type="radio"/> H <input type="radio"/> I <input type="radio"/> J <input type="radio"/> K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> N

Beckenring spezielle Therapie	
<p>pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____</p>	
<p>Spezielle Therapie*</p> <p><input type="radio"/> konservativ <input type="radio"/> operativ</p>	<p>Symphysenstabilisierung</p> <p>Wurde eine Symphysenstabilisierung durchgeführt?*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Symphysenstabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte nicht winkelstabil <input type="radio"/> Platte winkelstabil</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>
<p>Os pubis Stabilisierung</p> <p>Wurde eine Stabilisierung des Os pubis durchgeführt?*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n): Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe</p> <p><input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Os pubis?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits</p> <p>Bei Stabilisierung der linken bzw. beider Seite(n): Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe</p> <p><input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>
<p>Iliumstabilisierung</p> <p>Wurde eine Iliumstabilisierung durchgeführt?*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n): Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube</p> <p><input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Iliums?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits</p> <p>Bei Stabilisierung der linken bzw. beider Seite(n): Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube</p> <p><input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>

Beckenring spezielle Therapie	
<p>pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____</p>	
<p>SI-Gelenkstabilisierung</p> <p>Wurde eine Stabilisierung des SI-Gelenks durchgeführt?*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des SI-Gelenks?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>
<p>Sakrum-Stabilisierung</p> <p>Wurde eine Sakrum-Stabilisierung durchgeführt?*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Sakrums?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>
<p>Vorderer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring ventral _____ mm</p>	<p>Hinterer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring dorsal _____ mm</p>

Acetabulum Prä-OP	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Pfannendachbogen ap <input type="radio"/> > 40° <input type="radio"/> ≤ 40°	Frakturstufe im CT: ap _____ mm Frakturspalt im CT: ap _____ mm
Trümmerzone ap <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> > 50% <input type="radio"/> ≤ 50%	Reposition dorsale Luxation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Reposition nach Trauma (Dauer) _____ Std.	

Acetabulum Klassifikation	
Letournel links <input type="radio"/> hintere Wand <input type="radio"/> hinterer Pfeiler <input type="radio"/> vordere Wand <input type="radio"/> vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> nicht klassifizierbar	Letournel rechts <input type="radio"/> hintere Wand <input type="radio"/> hinterer Pfeiler <input type="radio"/> vordere Wand <input type="radio"/> vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> nicht klassifizierbar

Acetabulum spezielle Therapie	
Operation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Operationsziel <input type="radio"/> anatomische Rekonstruktion + Stabilisierung <input type="radio"/> Stabilisierung + Hüft-TEP <input type="radio"/> Hüft-TEP ohne Stabilisierung Spezifizierung _____ Operationsdatum der Stabilisierung ____:____:____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Spezifizierung _____	Erste Operation Zugänge <input type="checkbox"/> Kocher-Langenbeck <input type="checkbox"/> ilioinguinal <input type="checkbox"/> Paracetus <input type="checkbox"/> ventral + dorsal einzeitig <input type="checkbox"/> ventral + dorsal zweizeitig <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> Stoppa mit lateralem Fenster <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> anderer zweiter Zugang Bemerkung _____ Operationsdauer _____ min

Acetabulum spezielle Therapie	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
<p>Hüftkopfschaden*</p> <p><input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> nicht erhoben <input type="radio"/> Kontusion</p> <p><input type="radio"/> Impression <input type="radio"/> Pipkin <input type="radio"/> Kombi</p> <p>AC-Schaden*</p> <p><input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> nicht erhoben <input type="radio"/> Kontusion</p> <p><input type="radio"/> Impression <input type="radio"/> Kombi</p> <p>Intraartikuläre Fragmente*</p> <p><input type="radio"/> keine <input type="radio"/> im Gelenkspalt <input type="radio"/> Fossa acetabuli</p> <p><input type="radio"/> Kombinationen <input type="radio"/> andere</p>	<p>Zweite Operation</p> <p>Zugänge</p> <p><input type="checkbox"/> Kocher-Langenbeck</p> <p><input type="checkbox"/> ilioinguinal</p> <p><input type="checkbox"/> Paracetus</p> <p><input type="checkbox"/> Stoppa</p> <p><input type="checkbox"/> Stoppa mit lateralem Fenster</p> <p><input type="checkbox"/> perkutan</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> <p>Bemerkung</p> <p>_____</p> <p>Operationsdauer _____ min</p>

Acetabulum Post-OP	
<p>Prophylaxe heterotope Ossifikationen*</p> <p><input type="radio"/> keine <input type="radio"/> NSAR <input type="radio"/> Radiatio</p> <p><input type="radio"/> NSAR + Radiatio</p>	<p>Frakturstufe im CT: ap _____ mm</p> <p>Frakturspalt im CT: ap _____ mm</p> <p>Subluxation _____ mm</p>
<p>Postoperative Kongruenz: ap*</p> <p><input type="radio"/> parallel (kongruent)</p> <p><input type="radio"/> nicht parallel (nicht kongruent)</p>	

Kinder	
<p>Sono durchgeführt</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>MRT durchgeführt</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>
<p>MRT 6-Monatskontrolle durchgeführt</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p>Bemerkung</p> <p>_____</p>

Osteoporose	
<p>Osteoporosetherapie vor Frakturereignis*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Falls Osteoporosetherapie ja, bitte spezifizieren:</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation</p> <p>Spezifikation der Osteoporosetherapie</p> <p>_____</p>	<p>Osteoporosetherapie nach Frakturereignis*</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Falls Osteoporosetherapie ja, bitte spezifizieren:</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation</p> <p>Spezifikation der Osteoporosetherapie</p> <p>_____</p>

