

# KNEE SOCIETY SCORE: POST-OP

## DEMOGRAPHISCHE INFORMATIONEN (Vom Patienten auszufüllen)

### 1- Heutiges Datum

 /  / 

Bitte Datum im Format  
TT/MM/JJJJ angeben

### 2- Alter

### 3-Größe (cm)

### 4- Gewicht (kg)

### 5- Geschlecht

Männlich  Weiblich

### 6- Seite des operierten Kniegelenks

Links  Rechts

Sollten beide Seiten operiert worden  
sein, verwenden Sie bitte einen  
eigenen Bogen für jedes Knie.

### 7- Bitte geben Sie das OP-Datum und den Operateur für die Knieoperation an

#### Operationsdatum

 /  / 

Bitte Datum im Format  
TT/MM/JJJJ angeben

#### Operateur

### 8- War die Operation ein Primär- oder Revisionseingriff?

Primär  Revision

### Vom Operateur auszufüllen

#### 9- Klassifikation nach Charnley

(Untenstehende Einteilung verwenden)

- A Unilaterale Gonarthrose
- B1 Unilaterale Knie-TEP, kontralaterale Gonarthrose
- B2 Bilaterale Knie-TEP
- C1 Knie-TEP, aber Arthrose an einem anderen Gelenk als Knie mit Einschränkung der Mobilisation
- C2 Knie-TEP, aber die Mobilisation beeinflussender medizinischer Allgemeinzustand
- C3 Unilaterale oder bilaterale Knie-TEP mit unilateraler oder bilateraler Hüft-TEP

**OBJEKTIVE KNIEBEURTEILUNG**

(Vom Arzt auszufüllen)

**BEINACHSE****1- Beinachse: Belastungsaufnahme a.p. stehend (anatomische Beinachse)****max. 25 Punkte**

Neutral: 2-10° valgus	(25 Punkte)
Varus: < 2° valgus	(-10 Punkte)
Valgus: > 10° valgus	(-10 Punkte)

**INSTABILITÄT****2- Mediale / laterale Instabilität: Messung in voller Streckung****max. 15 Punkte**

Keine	(15 Punkte)
Wenig oder < 5 mm	(10 Punkte)
Moderat oder 5 mm	(5 Punkte)
Stark oder > 5mm	(0 Punkte)

**3- Anteroposteriore Instabilität: Messung in 90°Flexion****max. 10 Punkte**

Keine	(10 Punkte)
Moderat < 5 mm	(5 Punkte)
Stark > 5 mm	(0 Punkte)

**BEWEGUNGSMASS****4- Bewegungsumfang ( 1 Punkt für jeweils 5°)****Einschränkungen /Abzüge****Flexionsdefizit**

1-5°	(-2 Punkte)
6-10°	(-5 Punkte)
11-15°	(-10 Punkte)
>15°	(-15 Punkte)

**Punktabzug****Extensionsdefizit**

< 10°	(-5 Punkte)
10-20°	(-10 Punkte)
> 20°	(-15 Punkte)

**Punktabzug**

**SYMPTOME**

(Vom Patienten auszufüllen)

**1- Schmerzstärke beim Gehen auf ebenem Untergrund****(Wert - max. 10)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

kein Schmerz

starker Schmerz

**2- Schmerzen beim Treppensteigen und Aufwärtsgehen****(Wert - max. 10)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

kein Schmerz

starker Schmerz

**3- Fühlt sich das betroffene Kniegelenk normal an?****(5 Punkte)**

- Ständig (5 Punkte)    Gelegentlich (3 Punkte)    Nie (0 Punkte)

**Summe (Max. 25)**

**PATIENTENZUFRIEDENHEIT****1- Wie zufrieden sind Sie momentan in Bezug auf Knieschmerzen während des Sitzens?****(8 Punkte)**

- Sehr zufrieden (8 Punkte)    Zufrieden (6 Punkte)    Neutral (4 Punkte)    Unzufrieden (2 Punkte)    Sehr unzufrieden (0 Punkte)

**2- Wie zufrieden sind Sie momentan in Bezug auf Knieschmerzen während Sie im Bett liegen?****(8 Punkte)**

- Sehr zufrieden (8 Punkte)    Zufrieden (6 Punkte)    Neutral (4 Punkte)    Unzufrieden (2 Punkte)    Sehr unzufrieden (0 Punkte)

**3- Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Knie, wenn Sie aus dem Bett steigen?****(8 Punkte)**

- Sehr zufrieden (8 Punkte)    Zufrieden (6 Punkte)    Neutral (4 Punkte)    Unzufrieden (2 Punkte)    Sehr unzufrieden (0 Punkte)

**4- Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrer Kniefunktion beim Erledigen leichter Hausarbeit?****(8 Punkte)**

- Sehr zufrieden (8 Punkte)    Zufrieden (6 Punkte)    Neutral (4 Punkte)    Unzufrieden (2 Punkte)    Sehr unzufrieden (0 Punkte)

**5- Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrer Kniefunktion bei Freizeitaktivitäten?****(8 Punkte)**

- Sehr zufrieden (8 Punkte)    Zufrieden (6 Punkte)    Neutral (4 Punkte)    Unzufrieden (2 Punkte)    Sehr unzufrieden (0 Punkte)

**Summe (Max. 40)**

**PATIENTENERWARTUNG** (Vom Patienten auszufüllen)

**Vergleichen Sie Ihren derzeitigen Zustand mit dem, was Sie erwartet haben:**

**1- Meine Erwartungen bezüglich der Schmerzlinderung waren...****(5 Punkte)**

- ... zu hoch. "Es geht mir viel schlechter als erwartet." (1 Punkt)
- ... zu hoch. "Es geht mir etwas schlechter als erwartet." (2 Punkte)
- ... richtig. "Meine Erwartungen wurden erfüllt." (3 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir etwas besser als erwartet." (4 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir viel besser als erwartet." (5 Punkte)

**2- Meine Erwartungen, normalen Alltagsaktivitäten nachgehen zu können, waren...****(5 Punkte)**

- ... zu hoch. "Es geht mir viel schlechter als erwartet." (1 Punkt)
- ... zu hoch. "Es geht mir etwas schlechter als erwartet." (2 Punkte)
- ... richtig. "Meine Erwartungen wurden erfüllt." (3 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir etwas besser als erwartet." (4 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir viel besser als erwartet." (5 Punkte)

**3- Meine Erwartungen, sportliche oder andere Freizeitaktivitäten wieder ausüben zu können, waren...****(5 Punkte)**

- ... zu hoch. "Es geht mir viel schlechter als erwartet." (1 Punkt)
- ... zu hoch. "Es geht mir etwas schlechter als erwartet." (2 Punkte)
- ... richtig. "Meine Erwartungen wurden erfüllt." (3 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir etwas besser als erwartet." (4 Punkte)
- ... zu niedrig. "Es geht mir viel besser als erwartet." (5 Punkte)

**Summe (Max. 15)**

## KÖRPERLICHE AKTIVITÄTEN (Vom Patienten auszufüllen)

### GEHEN UND STEHEN (30 Punkte)

**1- Können Sie ohne jegliche Gehhilfen gehen (wie z.B. Stock, Unterarmgehstützen oder Rollstuhl)? (0 Punkte)**

Ja     Nein

**2- Falls nein, welche der folgenden Gehhilfe(n) verwenden Sie? (-10 Punkte)**

Rollstuhl (-10 Punkte)     Rollator (-8 Punkte)     Unterarmgehstützen (-8 Punkte)

2 Gehstöcke (-6 Punkte)     1 Unterarmgehstütze (-4 Punkte)     1 Stock (-4 Punkte)     Bandage/Orthese (-2 Punkte)

Anderes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3- Nutzen Sie diese Hilfen aufgrund Ihrer Knie?**

**(0 Punkte)**

Ja     Nein

**4- Wie lange können Sie (mit oder ohne Gehhilfe) stehen, bevor Sie sich wegen Ihres Knies hinsetzen müssen?**

**(15 Punkte)**

Kann nicht stehen (0 Punkte)     0-5 Minuten (3 Punkte)     6-15 Minuten (6 Punkte)

16-30 Minuten (9 Punkte)     31-60 Minuten (12 Punkte)     länger als 1 Stunde (15 Punkte)

**4- Wie lange können Sie (mit oder ohne Gehhilfe) gehen, bevor Sie wegen Ihres Knies anhalten müssen?**

**(15 Punkte)**

Kann nicht stehen (0 Punkte)     0-5 Minuten (3 Punkte)     6-15 Minuten (6 Punkte)

16-30 Minuten (9 Punkte)     31-60 Minuten (12 Punkte)     länger als 1 Stunde (15 Punkte)

**Summe (Max. 30)**

**GRUNDAKTIVITÄTEN (30 Punkte)**

Wie stark schränkt Sie Ihr Knie bei den folgenden Aktivitäten ein?	gar nicht 5	wenig 4	mittel 3	stark 2	sehr stark 1	Knie- bedingt unmöglich 0	Ich tue dies nie	
1- Gehen auf unebenem Boden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
2- Drehen oder Richtungswechsel über das Bein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
3- Treppen hinauf oder hinab steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
4- Aufstehen aus niedrigem Sessel oder Stuhl ohne Armlehnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
5- Auto Ein- oder Aussteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
6- Seitwärts gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>					
<b>Summe (Max. 30)</b>								<input type="text"/>

**SPEZIELLE AKTIVITÄTEN (25 Punkte)**

1- Auf eine Leiter oder Hocker steigen	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
2- Einkaufstasche 500m tragen	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
3- Hocken	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
4- Knien	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
5- Rennen	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
<b>Summe (Max. 25)</b>								<input type="text"/>

### MÖGLICHE AKTIVITÄTEN (15 Punkte)

**Bitte wählen Sie die 3 für Sie *wichtigsten* Aktivitäten aus.**  
 (Bitte keine zusätzlichen Aktivitäten einfügen)

<p><b>Freizeitaktivitäten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schwimmen</li> <li><input type="checkbox"/> Golfen (18 Loch)</li> <li><input type="checkbox"/> Radfahren</li> <li><input type="checkbox"/> Gartenarbeit</li> <li><input type="checkbox"/> Bowlen / Kegeln</li> <li><input type="checkbox"/> Tennis, Squash, Federball</li> <li><input type="checkbox"/> Spaziergehen</li> <li><input type="checkbox"/> Tanzen / Ballet</li> <li><input type="checkbox"/> Dehnübungen</li> </ul>	<p><b>Fitnessstudio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hanteltraining</li> <li><input type="checkbox"/> Beintraining</li> <li><input type="checkbox"/> Stepper</li> <li><input type="checkbox"/> Fahrradergometer / Spinning</li> <li><input type="checkbox"/> Beinpresse</li> <li><input type="checkbox"/> Jogging</li> <li><input type="checkbox"/> Cross-Trainer</li> <li><input type="checkbox"/> Aerobic</li> </ul>
---	---

**Bitte übertragen Sie die drei oben ausgewählten Aktivitäten in die untenstehenden Felder.**

**Wie sehr beeinträchtigt Sie Ihr Knie bei den folgenden Aktivitäten?**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Aktivität</b>                      (Bitte übertragen Sie die 3                      Aktivitäten aus obiger                      Liste)                 </div>	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	Knie- bedingt unmöglich	
	5	4	3	2	1	0	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;">1.</div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;">2.</div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;">3.</div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<b>Summe (Max. 15)</b>						

**Gesamtsumme (Max. 100 Punkte)**