

### 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: _____	
<b>Aufnahme in die Unfallchirurgie:</b> Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:____ Uhr		<b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbekannt	
<b>Alter bei Aufnahme:</b> (In Verbindung mit dem Aufnahmezeitpunkt in die Unfallchirurgie wird das Alter des Patienten vom System errechnet)  Geburtsdatum bekannt _____:_____:_____		<b>Gehfähigkeit vor Frakturereignis:</b> <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)	
<b>Geburtsdatum unbekannt:</b> Geschätztes Alter _____ Jahre		<b>Antikoagulation bei Aufnahme:</b> <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)	
<b>Wohnsituation vor Frakturereignis:</b> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> zu Hause oder betreutes Wohnen <input type="radio"/> Heim (Institution mit IK-Nummer) <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Sonstiges: _____		<b>Sonstige:</b> <input type="checkbox"/> direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (z.B. Rivaroxaban, Apixaban) <input type="checkbox"/> Heparin, Heparinoid (z.B. Fondaparinux) <input type="checkbox"/> andere: _____	
<b>Wo wurde sich die Fraktur zugezogen?</b> <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			
<b>Contralaterale coxale Femurfraktur in den vergangenen 6 Monaten?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt			
<b>Osteoporosetherapie vor Frakturereignis:</b> <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: _____	
<b>Geriatrisches Screening:</b> Wurde ein geriatrisches Screening durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Ist der Patient laut dieses Tests ein geriatrischer Patient? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt		<b>Wenn ein geriatrisches Screening durchgeführt wurde, welcher Test wurde verwendet:</b> <input type="radio"/> ISAR (siehe unten) <input type="radio"/> AFGiB/GSK <input type="radio"/> Lachs <input type="radio"/> TRST <input type="radio"/> Barthel <input type="radio"/> anderer <input type="radio"/> unbekannt	
<b>Clinical Frailty Scale-Test</b> <input type="radio"/> 1 - Sehr fit <input type="radio"/> 2 - Durchschnittlich aktiv <input type="radio"/> 3 - Gut zurechtkommend <input type="radio"/> 4 - Vulnerabel <input type="radio"/> 5 - Geringgradig fragil <input type="radio"/> 6 - Mittelgradig fragil <input type="radio"/> 7 - Ausgeprägt fragil <input type="radio"/> 8 - Extrem fragil <input type="radio"/> 9 - Terminal erkrankt		<b>Delir-Screening:</b> <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt  <b>Wurde der NuDesc verwendet?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja:</u> NuDesc-Summe: _____	
<b>ISAR-Test</b> (Identification of seniors at risk) <input type="radio"/> ISAR-Test vom Pat. komplett oder teilweise verweigert			
<b>Fragen zum ISAR-Test</b>			
		ja	nein
Frage 1:			
Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage 2:			
Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage 3:			
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage 4:			
Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage 5:			
Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frage 6:			
Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wurde ein COVID-19-Abstrich durchgeführt?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt  <b>Wenn ja, wie war das Testergebnis?</b> <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> unbekannt		<b>Liegt eine Patientenverfügung vor?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	

Prä-OP																			
<p><b>ASA-Klassifikation:</b></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> 1 - Normaler, gesunder Patient</p> <p><input type="radio"/> 2 - Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p><input type="radio"/> 3 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p><input type="radio"/> 4 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist.</p> <p><input type="radio"/> 5 - moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird</p>	<p><b>Frakturtyp:</b></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> medial / intrakapsulär (laterale/mediocervicale Frakturen sind als peritrochantäre Frakturen zu werten)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Garden I, II (nicht disloziert)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Garden III, IV (disloziert)</p> <p><input type="radio"/> peritrochantär AO 31</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A1</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A2</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> A3</p> <p><input type="radio"/> rein subtrochantär</p> <p><input type="radio"/> periprothetische Fraktur (Vancouver-Klassifikation)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Typ A</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Typ B</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> unbekannt</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> B1</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> B2</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> B3</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Typ C</p> <p><input type="radio"/> periimplantäre Fraktur</p> <p><input type="radio"/> andere: _____</p>																		
<p><b>Zusätzliche behandlungsbedürftige Verletzungen:</b></p> <p><input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein            <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls ja, bitte spezifizieren</u></p> <p><input type="checkbox"/> höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> andere/weitere: _____</p> <p><b>Fraktur und/oder Luxation von:</b></p> <p><input type="checkbox"/> oberer Extremität (ipsilateral)</p> <p><input type="checkbox"/> oberer Extremität (kontralateral)</p> <p><input type="checkbox"/> unterer Extremität (ipsilateral)</p> <p><input type="checkbox"/> unterer Extremität (kontralateral)</p> <p><input type="checkbox"/> Becken</p>	<p><b>Pathologische Fraktur:</b></p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> malignom</p> <p><input type="radio"/> atypisch</p>																		
<p><b>Hat eine Mitbehandlung durch Geriater prä-operativ stattgefunden?</b></p> <p><input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein            <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><u>Falls nein, Mitbehandlung post-operativ?</u></p> <p><input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein            <input type="radio"/> unbekannt</p>	<p><b>Medikamentöse Gerinnungstherapie vor der OP?</b></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"/>																	
<p><b>Labor:</b></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>																			

\* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (die Einheiten können in der Online-Eingabe vom ATR-Klinikadministrator unter „Festlegung Einheiten“ ausgewählt werden)

OP																			
<b>OP Datum &amp; Schnittzeit:</b> Datum ____ . ____ .20 ____ Uhrzeit ____ : ____ Uhr																			
<b>Narkoseform:</b> <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> andere: _____																			
<b>Medikamentöse Gerinnungstherapie:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="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"/>																	
<b>Der Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D ist an den unten genannten Tagen auszufüllen:</b> (siehe Seite 5 und 6, vom Patienten oder mit Hilfe Dritter auszufüllen) Tag 7 Post-OP ist der ____ . ____ .20 ____  Tag 120 Post-OP ist der ____ . ____ .20 ____ (bitte berechnen)																			
<b>Operationsverfahren:</b> <input type="checkbox"/> Schrauben (ohne dynamische Hüftschraube) <input type="checkbox"/> Dynamische Hüftschraube <input type="checkbox"/> Marknagel <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> geschlossen</li> <li><input type="radio"/> offen ohne Cerclage</li> <li><input type="radio"/> offen mit Cerclage</li> </ul> <input type="checkbox"/> Duokopf-Prothese / Bipolar-Prothese <input type="checkbox"/> Total-Endoprothese <input type="checkbox"/> anderes Operationsverfahren: _____																			
<b>Bei periprothetischer / periimplantäre Fraktur:</b> <input type="checkbox"/> Implantatwechsel <input type="checkbox"/> Osteosynthese (zusätzliche)																			
<b>Patient auf Intensivstation:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <u>Falls ja, bitte Grund angeben</u> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> geplant, zur Routineüberwachung <input type="radio"/> intraoperative Komplikationen  <b>Länger als 24h auf Intensivstation:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt																			

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

**Entlassung / Verlegung | Pseudonymisierte ID: \_\_\_\_\_ Klinikinterne Patienten-ID: \_\_\_\_\_**

**Entlassung aus dem Akutkrankenhaus:**

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

**Entlassen durch:**

- Unfallchirurgie
- Akutgeriatrie
- andere Krankenhausabteilung

**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während Aufenthalt durchgeführt?**

- ja
- nein
- unbekannt

**Entlassen nach:**

- unbekannt
- zu Hause oder betreutes Wohnen
- Heim (Institution mit IK-Nummer, inklusive Kurzzeitpflege)
- Geriatrische Rehabilitationsklinik  
(inklusive Patienten, die zwischen Akutkrankenhaus und geriatrischer Reha einige Tage zu Hause waren)
- Akut-Geriatrie
- AHB-Klinik
- anderes Krankenhaus/andere Fachabteilung innerklinisch
- Tod

**Hämostase-Therapie:**

Bluttransfusion (EK) \_\_\_\_\_ Einheiten  
 Frischplasma (FFP) \_\_\_\_\_ Einheiten oder ml  
 Thrombozytenkonzentrat \_\_\_\_\_ Einheiten oder ml

**Todesursache:**

- kardiale Dekompensation
- Tumor
- pulmonale Dekompensation
- Sepsis
- Niereninsuffizienz
- MOV
- intraoperative Zementreaktion
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Re-OP während Aufenthalt:**

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

- ja
- nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

**Grund für Re-OP?**

- Infektion
- Hämatom/Serom
- Periprothetische Fraktur
- Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
- Sonstiges

**(Palliative) Therapiebegrenzung:**

- ja
- nein
- unbekannt

**Patienteneinwilligung:**

- Einwilligung zur Durchführung des Follow-Up liegt vor

**Durchgeführte Maßnahmen bei Re-OP während Aufenthalt:**

	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"/>

**Entlassung / Verlegung II** Pseudonymisierte ID: \_\_\_\_\_ Klinikinterne Patienten-ID: \_\_\_\_\_

**Zweite Re-OP während Aufenthalt:**

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

ja  nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

**Grund für zweite Re-OP?**

- Infektion
- Hämatom/Serom
- Periprothetische Fraktur
- Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
- Sonstiges

**Durchgeführte Maßnahmen bei zweiter Re-OP während Aufenthalt:**

	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"/>

**Dritte Re-OP während Aufenthalt:**

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

ja  nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

**Grund für dritte Re-OP?**

- Infektion
- Hämatom/Serom
- Periprothetische Fraktur
- Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
- Sonstiges

**Durchgeführte Maßnahmen bei dritte Re-OP während Aufenthalt:**

	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"/>

<b>Follow-Up 120 Tage Post-OP</b> Pseudonymisierte ID: _____ Klinikinterne Patienten-ID: _____	
<b>Follow-Up-Daten erhoben am?</b> Datum _____._____.20_____	<b>Wiederaufnahme?</b> (aufgrund identischer coxaler Femurfraktur) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
<b>Konnte der Patient kontaktiert werden?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	<b>Ist eine Folgefraktur nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus aufgetreten?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
<b>Aufenthaltsort nach 120 Tagen:</b> <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: _____	<b>Contralaterale coxale Femurfraktur nach Entlassung aus Akutkrankenhaus?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	<b>Gab es nicht chirurgische Komplikationen nach dem Aufenthalt?</b> <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 _____
<b>Gehfähigkeit nach Fraktur</b> <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)	<b>Re-OP innerhalb 120 Tage post-OP</b> (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_____
<b>Osteoporosetherapie an Tag 120 Post-OP?</b> <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	<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) _____
<b>Durchführung EQ5D am Tag 120 Post-OP</b> Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf <u>Seite 10</u> .	



### 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