Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen Nr. | Versicherten Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr: | Arzt-Nr. | Datum

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarztdaten

Norddeutsches Orthopädienetz
Beweglich in die Zukunft

Doku-Bogen weitergeleitet an:
☐ Orthopäde / Chirurg
☐ Orthopäde / Chirurg für Zweitmeinung
☐ Krankenhaus für OP

Fax.: (0 40) 226 227 – 580
GSB – Dokumentation IV Orthopädie
Abrechnungsquartal Jahr: ____
Quartal: ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV.

☐ BARMER

☐ HEK Hanseatische Krankenkasse

☐ Alles Bestens IKK Hamburg

Dokumentationsbogen
Knie-Endoprothese – IV Orthopädie –

Knie: ☐ rechts ☐ links

☐ Erstbefund ☐ Zweitbefund ☐ Ambulante Reha ☐ Stationäre Reha
☐ Kontrolle 1 (4.-6. Wo.) ☐ Kontrolle 2 (3.-6. Mo.) ☐ Kontrolle 3 (1 J.)

ICD-Code: M__.__ | __.__ | __.__ | __.__ | __.__
Gesicherte Diagnose | Nebendiagnose | Nebendiagnose | Nebendiagnose | Nebendiagnose

Schmerz
☐ kein
☐ leichte Schmerzen beim Treppensteigen
☐ leichte Schmerzen beim Gehen und Treppensteigen
☐ gelegentlich mäßige Schmerzen
☐ ständig mäßige Schmerzen
☐ starke Schmerzen

Gehleistung
☐ unbegrenzt
☐ mehr als 1000 m
☐ 500 bis 1000 m
☐ weniger als 500 m
☐ nur im Haus
☐ gehunfähig

Treppe
☐ normal
☐ treppauf normal, treppab mit Geländer
☐ treppauf und treppab mit Geländer
☐ treppauf mit Geländer, treppab nicht möglich
☐ kein Treppensteigen möglich

Gehhilfe
☐ keine
☐ 1 Handstock
☐ 2 Handstöcke
☐ Unterarmstützen

Körperlicher Status
Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Klinischer Befund

Extension – Flexion _____ - _____ - _____

Achsausrichtung: ☐ physiologisch ☐ varus ☐ valgus

Stabilität

anterior-posterior (Schublade)	☐ < 5 mm	☐ 5-10 mm	☐ > 10 mm	
mediolateral (Aufklappbarkeit)	☐ < 5°	☐ 5°-9°	☐ 10°-15°	☐ > 15°

Röntgen (nur praeop.)

Osteophyten	☐ keine	☐ eindeutig	
Gelenkspalt	☐ nicht verschmälert	☐ hälftig verschmälert	☐ ausgeprägt verschmälert
Sklerose	☐ keine	☐ deutlich	☐ mit Zysten
Deformierung	☐ keine	☐ leicht	☐ deutlich

Weiteres Vorgehen ☐ stationäre Einweisung ☐ Wiedervorstellung in _____ Monaten

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel