



Fragebogen zu Kniebeschwerden

(bitte füllen Sie alle drei Seiten aus, insg. 24 Fragen)

_____._____.20_____
heutiges Datum

Name, Vorname

_____._____._____
Geb.-Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die folgenden Fragen beziehen sich auf die Stärke Ihrer Schmerzen, die Sie im kranken Knie haben/hatten. Bitte geben Sie für jede Frage eine Antwort an, die in den letzten 4 Wochen zutreffend war. (Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an.)

1. Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben, die Sie üblicherweise in Ihrem Knie haben/hatten?

- 1 keine
- 2 sehr gering
- 3 gering
- 4 mäßig
- 5 stark

2. Haben/hatten Sie wegen Ihrem Knie Schwierigkeiten, sich selbst zu waschen und abzutrocknen (am ganzen Körper)?

- 1 überhaupt keine Schwierigkeiten
- 2 sehr geringe Schwierigkeiten
- 3 mäßige Schwierigkeiten
- 4 extreme Schwierigkeiten
- 5 unmöglich zu tun

3. Haben/hatten Sie wegen Ihrem Knie Schwierigkeiten, in ein, bzw. aus einem Auto zu steigen oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? (welches Sie eher benutzen)?

- 1 überhaupt keine Schwierigkeiten
- 2 sehr geringe Schwierigkeiten
- 3 mäßige Schwierigkeiten
- 4 extreme Schwierigkeiten
- 5 unmöglich zu tun

4. Wie lange können/konnten Sie gehen, bevor Sie starke Schmerzen in Ihrem Knie bekommen/bekamen (mit oder ohne Stock)?

- 1 keine Schmerzen / > 30 Minuten
- 2 16 – 30 Minuten
- 3 5 – 15 Minuten
- 4 nur zu Hause
- 5 gar nicht

5. Wie schmerzhaft ist/war es für Sie wegen Ihrem Knie, nach einer Mahlzeit wieder vom Tisch aufzustehen?

- 1 gar nicht schmerzhaft
- 2 ein wenig schmerzhaft
- 3 mäßig schmerzhaft
- 4 sehr schmerzhaft
- 5 unerträglich

bitte wenden!

6. Haben/hatten Sie wegen Ihren Knie beim Gehen gehinkt?

- 1 selten/nie
- 2 manchmal oder nur am Anfang
- 3 oft, nicht nur am Anfang
- 4 die meiste Zeit
- 5 die ganze Zeit

7. Können/konnten Sie sich hinknien und danach wieder aufstehen?

- 1 ja, leicht
- 2 mit geringen Schwierigkeiten
- 3 mit mäßigen Schwierigkeiten
- 4 mit extremen Schwierigkeiten
- 5 nein, unmöglich

8. Werden/wurden Sie nachts im Bett durch Schmerzen in ihrem Knie gestört?

- 1 nie
- 2 nur 1 oder 2 Nächte
- 3 einige Nächte
- 4 die meisten Nächte
- 5 jede Nacht

9. Wie sehr haben Schmerzen in Ihrem Knie Ihre normale Arbeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

- 1 gar nicht
- 2 ein wenig
- 3 mäßig
- 4 erheblich
- 5 vollständig

10. Haben/hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Knie plötzlich „nachgegeben“ hat oder Sie nicht mehr tragen kann/könnte?

- 1 selten/nie
- 2 manchmal oder nur am Anfang
- 3 oft, nicht nur am Anfang
- 4 die meiste Zeit
- 5 die ganze Zeit

11. Können/konnten Sie die Haushaltseinkäufe selbst erledigen?

- 1 ja, leicht
- 2 mit geringen Schwierigkeiten
- 3 mit mäßigen Schwierigkeiten
- 4 mit extremen Schwierigkeiten
- 5 nein, unmöglich

12. Können/konnten Sie eine Treppe hinunter gehen?

- 1 ja, leicht
- 2 mit geringen Schwierigkeiten
- 3 mit mäßigen Schwierigkeiten
- 4 mit extremen Schwierigkeiten
- 5 nein, unmöglich

Nur für Patienten, die bereits operiert wurden:

Sind Sie mit dem Operationsergebnis zufrieden?

- Ja, sehr zufrieden
- Ja, zufrieden
- Nein, unzufrieden
- unentschlossen

Würden Sie die Operation nochmals durchführen lassen?

- Ja
- Nein
- unentschlossen

Wie häufig sind Sie sich in folgenden Situationen Ihres Kniegelenkes bewusst, ...

1. ... nachts im Bett?

niemals fast nie selten manchmal meistens

2. ... wenn Sie länger als eine Stunde auf einem Stuhl sitzen?

niemals fast nie selten manchmal meistens

3. ... wenn Sie länger als 15 Minuten gehen?

niemals fast nie selten manchmal meistens

4. ... wenn Sie in der Badewanne/Dusche sind?

niemals fast nie selten manchmal meistens

5. ... wenn Sie Autofahren?

niemals fast nie selten manchmal meistens

6. ... wenn Sie Treppensteigen?

niemals fast nie selten manchmal meistens

7. ... wenn Sie auf unebenem Untergrund gehen?

niemals fast nie selten manchmal meistens

8. ... wenn Sie aus einer tief sitzenden Position aufstehen (z.B. Couch)?

niemals fast nie selten manchmal meistens

9. ... wenn Sie lange Zeit stehen müssen?

niemals fast nie selten manchmal meistens

10. ... wenn Sie Haus- oder Gartenarbeit verrichten?

niemals fast nie selten manchmal meistens

11. ... wenn Sie spazieren gehen oder wandern?

niemals fast nie selten manchmal meistens

12. ... wenn Sie Sport machen?

niemals fast nie selten manchmal meistens