**Detaillierter Ergänzungbericht Knie (vom behandelnden Arzt auszufüllen)**

|  |
| --- |
| **Versicherte Person**  |
| Schaden Nr. |       | Pat.Nr.:       | Ereignis vom:       |
| Name, Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Wohnort / PLZ |       |

|  |
| --- |
| 1. **Unfallhergang bzw. Ereignisschilderung**

Genaue Wiedergabe der Schilderung des Patienten. Bei unklaren Angaben, wie z.B. „Um- oder Einknicken“ oder Prellungen etc. ist der Hergang durch Nachfragen zu präzisieren, damit ein möglichst klares Bild des Ereignisses entsteht. |
|       |
| Reaktionsfähigkeit intakt (evt. neurologisches Defizit, Alkohol, Drogen)? [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| 1. **Verhalten unmittelbar nach dem Ereignis**
 |
| Musste der Betroffene die ausgeführte Tätigkeit nach dem Ereignis sofort einstellen? [ ]  ja [ ]  nein |
| Musste Fremdhilfe beansprucht werden? [ ]  ja [ ]  nein |
| Wie wurde die Einwirkung auf das Knie erlebt? [ ]  Riss [ ]  Knall [ ]  kein Erlebnis |
| Initial sofortige Behinderung beim Gehen? [ ]  stark [ ]  leicht [ ]  keine |
| Aktivitäten fortgesetzt [ ]  ohne Behinderung [ ]  mit leichter Behinderung [ ]  mit starker Behinderung |
| Wann sind Schmerzen aufgetreten? [ ]  sofort stark [ ]  erst mit der Zeit [ ]  kaum oder keine |
| Schmerzverlauf: [ ]  Zunahme [ ]  Abnahme im Laufe der Tage [ ]  unterschiedlich intensiv |
| Schwellung am Knie: [ ]  nach Stunden [ ]  am folgenden Tag [ ]  keine  |
| Erster Arztbesuch am       |
| Besonderheiten:       |

|  |
| --- |
| 1. **Verlauf der Beschwerden**
 |
| Welche subjektiven Beschwerden und Fähigkeitseinschränkungen (Alltags-, Arbeits-, Sportfähigkeit) werden im Verlauf geäussert:       |
| Lokalisation der Beschwerden?       |
| Wie lässt sich das weitere Verlaufs**profil** bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit (inkl. Arbeitsfähigkeit) in den folgenden Tagen, Wochen, Monaten beschreiben? Besserung? Verschlechterung? Episodenhafter Verlauf?      |
| Besonderheiten:       |

|  |
| --- |
| 1. **Beruf und sportliche Betätigungen des Patienten**
 |
| Sind berufliche, sportliche oder Freizeittätigkeiten bekannt, die zu einer besonderen Knie-Belastung führen (häufiges Arbeiten im Kauern, häufige Rotationen oder Stop-and go-Belastungen, Mannschaftskontakt- oder Kampfsportarten)? [ ]  ja [ ]  neinWenn ja: Welche Tätigkeiten und wie lange wurden diese ausgeübt?      |

|  |
| --- |
| 1. **Familien- und Patientenanamnese**

 (bei bekanntem **Vorzustand am betroffenen Knie-Gelenk** bitten wir Sie, einen **Auszug aus der Krankengeschichte**  bwz. eine **Kopie der damaligen Berichte** beizulegen) |
| Kommen in der **Familie** (Eltern, Geschwister) Behandlungen/Operationen wegen Meniskusschädigung oder Arthrose vor? [ ]  ja [ ]  nein |
| Auffälligkeiten am gegenseitigen Kniegelenk? [ ]  ja [ ]  neinWenn ja, Welche?       |
| Vorbestehende Kniebeschwerden oder -probleme am betroffenen Knie? [ ]  ja [ ]  nein |
| Frühere Unfälle am betroffenen Bein mit Beteiligung der Kniegelenke? [ ]  ja [ ]  neinUnfalljahr:       |
| Knieoperationen am betroffenen Knie? [ ]  ja [ ]  neinArt der Knieoperation       |
| Besonderheiten (insb. andere bekannte Vorerkrankungen mit Einfluss auf die Beschwerden):       |

|  |
| --- |
| 1. **Klinischer Befund bei Untersuchung vom:**

 (wir bitten Sie, eine **Kopie des Berichtes** oder **den Auszug aus der Krankengeschichte** beizulegen) |
| Gangbild:       |
| Komplexfunktionen (wie z.B. Kauern möglich?):       |
| Kniebeweglichkeit Flexion / Extension:       |
| Kniestabilität:       |
| Hauptdruckschmerzen:       |
| Provokationsschmerzen, speziell Torsion:       |
| Gelenkerguss [ ]  ja [ ]  neinGelenkspunktion (falls sinnvoll) am:       Punktat: [ ]  gelbklar [ ]  blutig [ ]  getrübt |
| Bemerkungen/Besonderheiten:       |

|  |
| --- |
| 1. **Bildgebung**

 (wir bitten Sie, eine **Kopie der jewiligen Untersuchungs-Berichte** beizulegen) |
| **Röntgenbilder vom**       anteroposterior unter Einbeistandbelastung: [ ]  ja [ ]  nein(wenn möglich seitenvergleichend)Ergebnis (Hinweise auf Vorerkrankungen?):       |
| **MRI (falls sinnvoll/nötig) vom**      Ergebnis:       |
| Meniskus:       |
| Knorpel:       |
| Bänder:       |
| Hinweise auf Bone Bruise? [ ]  ja [ ]  nein |
| Hinweise auf weitere Begleitverletzungen? [ ]  ja [ ]  nein |
| Andere?       |
| Bemerkungen/Besonderheiten:       |

Ort / Datum:       Unterschrift/Stempel Arzt:

Dieser Ergänzungsbericht kann dem zuständigen Versicherer zugesandt

und mit CHF 100.- abgerechnet werden.

Schweizerischer Versicherungsverband SVV