**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  nein  Wenn 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  nein  Wenn ja, Welche? |
| Vorbestehende Kniebeschwerden oder -probleme am betroffenen Knie?  ja  nein |
| Frühere Unfälle am betroffenen Bein mit Beteiligung der Kniegelenke?  ja  nein  Unfalljahr: |
| Knieoperationen am betroffenen Knie?  ja  nein  Art 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  nein  Gelenkspunktion (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