

Aufnahme	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Unfallort <input type="radio"/> Unfall zu Hause <input type="radio"/> Unfall beim Sport <input type="radio"/> Unfall bei der Arbeit <input type="radio"/> Unfall im Krankenhaus <input type="radio"/> anderer <input type="radio"/> k. A.	Lebenssituation <input type="radio"/> zu Hause, selbständig <input type="radio"/> zu Hause, pflegebedürftig <input type="radio"/> im Pflegeheim, selbstständig <input type="radio"/> im Pflegeheim, pflegebedürftig <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> k. A.
Patient jünger als 16 Jahre <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Implantat oder Osteosynthese vor Ort <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Hüftprothese <input type="radio"/> Osteosynthese <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> k. A.
Fraktur Frakturtyp <input type="radio"/> Beckenring <input type="radio"/> Acetabulum <input type="radio"/> Kombination aus beidem <input type="radio"/> k. A. Traumaart <input type="radio"/> isoliertes Becken <input type="radio"/> Polytrauma <input type="radio"/> Mehrfachverletzungen <input type="radio"/> k. A. Komplextrauma Becken <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Betroffene pelvine Organe <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> pelvine Gefäße <input type="checkbox"/> retroperitoneales Hämatom <input type="checkbox"/> Plexusläsion einseitig <input type="checkbox"/> Plexusläsion beidseitig <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Sigma <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> offene Fraktur <input type="checkbox"/> perianale Weichteile <input type="checkbox"/> Morel-Lavallée-Läsion <input type="checkbox"/> andere: _____ Blutkonserven innerhalb der ersten drei Stunden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Beckenverletzung Beckenbedingte hämodynamische Instabilität bei Aufnahme <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Präklinische mechanische Beckenstabilisierung <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Beckengurt <input type="radio"/> Vakuummatratze <input type="radio"/> andere: _____ <input type="radio"/> k. A. War die präklinische Beckenstabilisierung effektiv <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Bemerkung zur präklinischen Beckenstabilisierung _____ _____

Diagnostik	
pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____	
Diagnostik Becken Röntgen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. CT <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Dual-Energy-CT <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. MRT <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.
Notfallintervention	
Mechanische Notfallstabilisierung im Schockraum Mechanische Notfallstabilisierung im Schockraum durchgeführt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Maßnahmen der mechanischen Notfallstabilisierung im Schockraum <input type="checkbox"/> Tuchrolle <input type="checkbox"/> Beckengurt <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> Fixateur externe im Schockraum Dauer bis Abschluss der Notfallmaßnahmen _____ min Maßnahme effektiv <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv <input type="radio"/> k. A.	Akutintervention Becken Akutintervention Becken <input type="radio"/> keine weiteren Maßnahmen <input type="radio"/> nur Beckentamponade <input type="radio"/> nur Embolisation <input type="radio"/> 1. Embolisation + 2. Beckentamponade <input type="radio"/> 1. Beckentamponade + 2. Embolisation <input type="radio"/> weitergehende Maßnahmen (z.B. Laparotomie) _____ <input type="radio"/> k. A. Dauer von Aufnahme bis Abschluss der Akutintervention _____ min Ergebnis der Akutintervention <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv <input type="radio"/> k. A. Bemerkung zum Ergebnis der Akutintervention Becken _____
Mechanische Notfallstabilisierung im OP beim Becken Wurde eine Notfalloperation beim Becken durchgeführt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Maßnahme effektiv <input type="radio"/> effektiv <input type="radio"/> ineffektiv <input type="radio"/> k. A. Dauer bis Notfalloperation _____ min	Notfalloperation Becken im OP <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> Fixateur externe <input type="checkbox"/> perkutane Osteosynthese <input type="checkbox"/> offene Osteosynthese <input type="checkbox"/> andere oder kombinierte Maßnahmen (Freitext) _____

Beckenring Verletzungsmuster	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Verletzungsmuster Becken Transsymphyseär: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Transpubisch: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.
Transacetabulär: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Transiliakal <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.
Transiliosakral: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Transsakral: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.

Beckenring Klassifikation	
Klassifikation nach TILE <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> A3 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> B3 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> C3 <input type="radio"/> AC iso <input type="radio"/> AC + Tile A/B <input type="radio"/> k. A.	FFP-Klassifikation <input type="radio"/> FFP Ia <input type="radio"/> FFP Ib <input type="radio"/> FFP IIa <input type="radio"/> FFP IIb <input type="radio"/> FFP IIc <input type="radio"/> FFP IIIa <input type="radio"/> FFP IIIb <input type="radio"/> FFP IIIc <input type="radio"/> FFP IVa <input type="radio"/> FFP IVb <input type="radio"/> FFP Ivc <input type="radio"/> nicht zutreffend <input type="radio"/> k. A.
Klassifikation nach AO/OTA 2018 Frakturtyp <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> k. A. Frakturgruppe <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> k. A. Fraktursubgruppe <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> k. A.	Modifikator <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> G <input type="radio"/> H <input type="radio"/> I <input type="radio"/> J <input type="radio"/> K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> N <input type="radio"/> k. A.

Beckenring spezielle Therapie	
<p>pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____</p>	
<p>Spezielle Therapie</p> <p><input type="radio"/> konservativ <input type="radio"/> operativ <input type="radio"/> k. A.</p>	<p>Symphysenstabilisierung</p> <p>Wurde eine Symphysenstabilisierung durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Symphysenstabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte nicht winkelstabil <input type="radio"/> Platte winkelstabil</p> <p><input type="radio"/> andere _____ <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Operationsdatum _____._____._____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>
<p>Os pubis Stabilisierung</p> <p>Wurde eine Stabilisierung des Os pubis durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe</p> <p><input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p><input type="radio"/> k. A.</p> <p>Operationsdatum _____._____._____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Os pubis?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der linken bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe</p> <p><input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p><input type="radio"/> k. A.</p> <p>Operationsdatum _____._____._____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>
<p>Iliumstabilisierung</p> <p>Wurde eine Iliumstabilisierung durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube</p> <p><input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p><input type="radio"/> k. A.</p> <p>Operationsdatum _____._____._____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Iliums?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der linken bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <p><input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube</p> <p><input type="radio"/> Schrauben mit Navigation</p> <p><input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation</p> <p><input type="radio"/> andere _____</p> <p><input type="radio"/> k. A.</p> <p>Operationsdatum _____._____._____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>

Beckenring spezielle Therapie	
<p>pseudonymisierte ID: _____ interne Bemerkung: _____</p>	
<p>SI-Gelenkstabilisierung</p> <p>Wurde eine Stabilisierung des SI-Gelenks durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____:____:____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des SI-Gelenks?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____:____:____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>
<p>Sakrum-Stabilisierung</p> <p>Wurde eine Sakrum-Stabilisierung durchgeführt?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____:____:____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>	<p>Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Sakrums?</p> <p><input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits <input type="radio"/> k. A.</p> <p>Bei Stabilisierung der rechten bzw. beider Seite(n):</p> <p>Stabilisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> ilioliakale Platte <input type="checkbox"/> andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ <p>Operationsdatum ____:____:____</p> <p>Osteosynthesekomplikation</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.</p>
<p>Vorderer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring ventral _____ mm</p>	<p>Hinterer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring dorsal _____ mm</p>

Acetabulum Prä-OP	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Pfannendachbogen ap <input type="radio"/> > 40° <input type="radio"/> ≤ 40° <input type="radio"/> k. A.	Frakturstufe im CT: ap _____ mm Frakturspalt im CT: ap _____ mm
Trümmerzone ap <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> > 50% <input type="radio"/> ≤ 50% <input type="radio"/> k. A.	Reposition dorsale Luxation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.
Reposition nach Trauma (Dauer) _____ Std.	

Acetabulum Klassifikation	
Letournel links <input type="radio"/> hintere Wand <input type="radio"/> hinterer Pfeiler <input type="radio"/> vordere Wand <input type="radio"/> vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> nicht klassifizierbar <input type="radio"/> k. A.	Letournel rechts <input type="radio"/> hintere Wand <input type="radio"/> hinterer Pfeiler <input type="radio"/> vordere Wand <input type="radio"/> vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> nicht klassifizierbar <input type="radio"/> k. A.

Acetabulum spezielle Therapie	
Operation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Erste Operation
Operationsziel <input type="radio"/> anatomische Rekonstruktion + Stabilisierung <input type="radio"/> Stabilisierung + Hüft-TEP <input type="radio"/> Hüft-TEP ohne Stabilisierung <input type="radio"/> k. A.	Zugänge <input type="checkbox"/> Kocher-Langenbeck <input type="checkbox"/> ilioinguinal <input type="checkbox"/> Paracetus <input type="checkbox"/> ventral + dorsal einzeitig <input type="checkbox"/> ventral + dorsal zweizeitig <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> Stoppa mit lateralem Fenster <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> anderer zweiter Zugang
Spezifizierung _____	Bemerkung _____
Operationsdatum der Stabilisierung ____ . ____ . ____	Operationsdauer _____ min
Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	
Spezifizierung _____	

Acetabulum spezielle Therapie	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Hüftkopfschaden <input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> nicht erhoben <input type="radio"/> Kontusion <input type="radio"/> Impression <input type="radio"/> Pipkin <input type="radio"/> Kombi <input type="radio"/> k. A.	Zweite Operation Zugänge <input type="checkbox"/> Kocher-Langenbeck <input type="checkbox"/> ilioinguinal <input type="checkbox"/> Paracetus <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> Stoppa mit lateralem Fenster <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> andere
AC-Schaden <input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> nicht erhoben <input type="radio"/> Kontusion <input type="radio"/> Impression <input type="radio"/> Kombi <input type="radio"/> k. A.	Bemerkung _____ Operationsdauer _____ min
Intraartikuläre Fragmente <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> im Gelenkspalt <input type="radio"/> Fossa acetabuli <input type="radio"/> Kombinationen <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> k. A.	

Acetabulum Post-OP	
Prophylaxe heterotope Ossifikationen <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> NSAR <input type="radio"/> Radiatio <input type="radio"/> NSAR + Radiatio <input type="radio"/> k. A.	Frakturstufe im CT: ap _____ mm Frakturspalt im CT: ap _____ mm Subluxation _____ mm
Postoperative Kongruenz: ap <input type="radio"/> parallel (kongruent) <input type="radio"/> nicht parallel (nicht kongruent)	

Kinder	
Sono durchgeführt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	MRT durchgeführt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.
MRT 6-Monatskontrolle durchgeführt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Bemerkung _____

Osteoporose	
Osteoporose bekannt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.	Ursache _____
Osteoporosetherapie vor Frakturereignis Osteoporosetherapie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Falls Osteoporosetherapie ja, bitte spezifizieren: <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation Spezifikation der Osteoporosetherapie _____	Osteoporosetherapie nach Frakturereignis Osteoporosetherapie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Falls Osteoporosetherapie ja, bitte spezifizieren: <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation Spezifikation der Osteoporosetherapie _____

Osteoporose	
pseudonymisierte ID: _____	interne Bemerkung: _____
Labordiagnostik der Osteoporose Osteoporose spezifisches Labor <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Falls ja, pathologische Werte: <input type="checkbox"/> BSG/CRP <input type="checkbox"/> Blutbild <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Krea-Cl <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Elektrophorese <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Testosteron <input type="checkbox"/> Vitamin D	Anhalt für sekundäre Osteoporose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Knochenumbauparameter erhöht <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A.

Neurologie, Verlauf, Entlassung	
Gab es Komplikationen während des stationären Aufenthaltes? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Falls ja, welche: <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Embolie <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> MOV <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Infekt oberflächlich <input type="checkbox"/> Infekt tief <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Serom <input type="checkbox"/> sekundäre Dislokation <input type="checkbox"/> andere _____	Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Infekt <input type="radio"/> Nervenschaden iatrogen <input type="radio"/> intraoperative Blutung <input type="radio"/> Implantatfehlage ohne Reosteosynthese <input type="radio"/> Implantatfehlage mit Reosteosynthese <input type="radio"/> Implantatlockerung <input type="radio"/> andere (Freitext) _____ <input type="radio"/> k. A.
Entlassungs-Todesdatum _____._____._____ Entlassung/Verlegung <input type="radio"/> Entlassung nach Hause <input type="radio"/> Entlassung ins Pflegeheim <input type="radio"/> Verlegung in Reha-Klinik <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> k. A. Bemerkung _____	Falls Tod: Ist die Todesursache bekannt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> k. A. Falls Todesursache bekannt: Todesursache <input type="checkbox"/> SHT <input type="checkbox"/> Verblutung <input type="checkbox"/> Sepsis / MOV <input type="checkbox"/> andere _____ Todesursache Verblutung <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> andere

Legende: Mehrfachauswahlfelder
 Einfachauswahlfelder