



## 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