

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

DOKUMENTATIONSBOGEN

Untersuchung bei Patienten mit Kniearthrose in der Behandlung mit pulsierender Elektromagnetfeldtherapie, Laserakupunktur und Biofrequenzapplikation im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

Studiengruppe:

<input type="checkbox"/>	Behandlung
<input type="checkbox"/>	Kontrolle

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

NENNENSWERTE VORERKRANKUNGEN (innerhalb der letzten 5 Jahre)

	JA	NEIN
Herz- und Gefäße		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Herzinsuffizienz / Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Herzschrittmacher*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gefäßerkrankung / Durchblutungstörung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Lunge		
Asthma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Magen und Darm		
Refluxkrankheit / Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Blutungen im Magen-Darmtrakt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Chronische Darmentzündungen*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

NENNENSWERTE VORERKRANKUNGEN (innerhalb der letzten 5 Jahre)

	JA	NEIN
Bewegungsapparat (Muskeln, Knochen, Gelenke)		
Rheuma / Arthritis*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Chronische Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Fibromyalgie*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Leber		
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Zirrhose	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Niere und Harnwege		
Niereninsuffizienz / Nierenversagen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Chronische Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Hormone und Stoffwechsel		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

NENNENSWERTE VORERKRANKUNGEN (innerhalb der letzten 5 Jahre)		
	JA	NEIN
Neurologisch		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Epilepsie*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Migräne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Psychiatrisch		
Depression	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Angsterkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Krebs / Tumor*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Allergien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

MEDIKAMENTE (innerhalb der letzten 6 Monate)		
	JA	NEIN
Schmerzmittel / Entzündungshemmer		
Paracetamol		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja, wieviel mg / Tag:		
Metamizol (Novalgin®)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja, wieviel mg / Tag:		
NSARs (z.B. Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen, Indometacin, Piroxicam)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		
COX2-Hemmer (z.B. Rofecoxib, Celecoxib, Meloxicam)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		
Opiate (z.B. Codein, Oxycodon, Fentanyl, Tramadol, Buprenorphin, Pentazocin, Pethidin, Tilidin)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

MEDIKAMENTE (innerhalb der letzten 6 Monate)		JA	NEIN
Schmerzmittel / Entzündungshemmer			
Corticosteroide (z.B. Hydrocortison, Prednisolon, Dexamethason)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄	
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:			
Andere		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄	
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:			
Andere Medikamente <small>als Schmerzmittel oder Entzündungshemmer</small>		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, welche:			

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

KNIEARTHROSE (bisheriger Verlauf)										
Welches Knie ist betroffen	<input type="checkbox"/> ₁ rechts <input type="checkbox"/> ₂ links <input type="checkbox"/> ₃ beide									
Wenn beide Knie betroffen, welches stärker	<input type="checkbox"/> ₁ rechts <input type="checkbox"/> ₂ links									
Seit wann besteht die Kniearthrose / Erstdiagnose <small>Bezogen auf das stärker betroffene Gelenk</small>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J		
Arthroskopie in der Vergangenheit <small>Bezogen auf das stärker betroffene Gelenk</small>	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN									
Wenn ja, wann	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J		
Nur von Studienleitung auszufüllen: Röntgenbild oder Befund liegt vor	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN									
Nur von Studienleitung auszufüllen: Stadium nach Kellgren und Lawrence: <small>Bezogen auf das stärker betroffene Gelenk</small>	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>									
Aktuelle Beeinträchtigung der Gehfähigkeit oder Schmerzen durch andere Gelenke als das stärker betroffene Kniegelenk	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN									
Wenn ja, durch welches Gelenk:										

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc


Teilnehmernummer:

--	--	--	--

Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen beim Bewegen des betroffenen Kniegelenks, z.B. beim Aufstehen, Losgehen (im Durchschnitt der letzten 4 Wochen).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren Sie die entsprechende Zahl für Ihre Schmerzintensität.



0 = kein Schmerz / schlimmster vorstellbarer Schmerz = 10

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

Bitte wählen Sie das für Sie zutreffende Feld aus.

Bewerten Sie Ihren Schmerz beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Gehen auf ebenem Boden					
Treppensteigen					
Schlafen nachts					
Sitzen oder Liegen					
Stehen					
Bewerten Sie Ihre Steifigkeit am...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Morgen					
Abend					
Bewerten Sie Ihre Schwierigkeiten beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Treppen hinunter steigen					
Treppen hinauf steigen					
Aufstehen vom Sitzen					
Stehen					
Sich zum Boden bücken					
Gehen auf ebenem Boden					
Ein- oder Aussteigen ins oder aus dem Auto					
Einkaufen gehen					
Strümpfe an- oder ausziehen					
Vom Bett aufstehen					
Im Bett liegen					
In die Badewanne ein- oder aussteigen					
Sitzen					
Auf die Toilette setzen oder aufstehen					
Leichte Hausarbeit (z.B. kochen, Staub wischen)					
Schwere Hausarbeit (z.B. Möbel rücken)					

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BASISUNTERSUCHUNG											
Untersuchungstag	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>		T	T	M	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
UNTERSUCHUNG DER KNIEGELENKE											
	RECHTS	LINKS									
Extension – Flexion											
Aktiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°) <small>Neutral-Null-Methode</small>											
Passiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°) <small>Neutral-Null-Methode</small>											
Kniegelenk Umfang in cm <small>Messung auf Höhe Mitte der Kniescheibe</small>											
Schmerzen bei Extension	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN									
Wenn ja, bei wieviel Grad											
Schmerzen bei Flexion	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN									
Wenn ja, bei wieviel Grad											

TEILNEHMER INFORMATION	
Größe in cm	
Gewicht in kg	

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEHANDLUNG – Woche 1

1. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
2. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

BEHANDLUNG – Woche 2

3. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
4. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEHANDLUNG – Woche 3

5. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
6. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

BEHANDLUNG – Woche 4

7. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
8. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">T</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">M</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td><td style="width: 12.5%;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

((VOR der 9. Behandlung))

Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen beim Bewegen des betroffenen Kniegelenks, z.B. beim Aufstehen, Losgehen (im Durchschnitt der letzten 4 Wochen).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren Sie die entsprechende Zahl für Ihre Schmerzintensität.

0 = kein Schmerz / schlimmster vorstellbarer Schmerz = 10

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEHANDLUNG – Woche 5

9. Behandlung am

Chip #5 verwenden

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signatur:

Unerwünschte Ereignisse

Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen

₁ JA

₂ NEIN

10. Behandlung am

Chip #2 verwenden

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signatur:

Unerwünschte Ereignisse

Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen

₁ JA

₂ NEIN

BEHANDLUNG – Woche 6

11. Behandlung am

Chip #5 verwenden

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signatur:

Unerwünschte Ereignisse

Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen

₁ JA

₂ NEIN

12. Behandlung am

Chip #2 verwenden

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signatur:

Unerwünschte Ereignisse

Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen

₁ JA

₂ NEIN

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEHANDLUNG – Woche 7

13. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
14. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

BEHANDLUNG – Woche 8

15. Behandlung am Chip #5 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										
16. Behandlung am Chip #2 verwenden	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Signatur:
T	T	M	M	M	J	J	J	J			
Unerwünschte Ereignisse Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen	<input type="checkbox"/> ₁ JA <input type="checkbox"/> ₂ NEIN										

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

ABSCHLUSSUNTERSUCHUNG nach letzter Behandlung

innerhalb von 3 Tagen nach letzter Behandlung; auch durchzuführen, wenn Patient vor Abschluss der 16 Behandlungstermine die Studie beendet

Untersuchungstag

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

UNTERSUCHUNG DER KNIEGELENKE

RECHTS

LINKS

Extension – Flexion

Aktiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°)

Neutral-Null-Methode

Passiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°)

Neutral-Null-Methode

Kniegelenk Umfang in cm

Messung auf Höhe Mitte der Kniescheibe

Schmerzen bei **Extension**

₁ JA
₂ NEIN

₁ JA
₂ NEIN

Wenn ja, bei wieviel Grad

Schmerzen bei **Flexion**

₁ JA
₂ NEIN

₁ JA
₂ NEIN

Wenn ja, bei wieviel Grad

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEWERTUNG DER THERAPIE (ABSCHLUSSUNTERSUCHUNG)

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der Behandlung?

Einschätzung des Patienten

- ₀ SEHR ZUFRIEDEN
- ₁ ZUFRIEDEN
- ₂ WEDER ZUFRIEDEN NOCH UNZUFRIEDEN
- ₃ UNZUFRIEDEN
- ₄ SEHR UNZUFRIEDEN

Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen beim Bewegen des betroffenen Kniegelenks, z.B. beim Aufstehen, Losgehen (im Durchschnitt der letzten 4 Wochen).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren Sie die entsprechende Zahl für Ihre Schmerzintensität.



0 = kein Schmerz / schlimmster vorstellbarer Schmerz = 10

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

Bitte wählen Sie das für Sie zutreffende Feld aus.

Bewerten Sie Ihren Schmerz beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Gehen auf ebenem Boden					
Treppensteigen					
Schlafen nachts					
Sitzen oder Liegen					
Stehen					
Bewerten Sie Ihre Steifigkeit am...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Morgen					
Abend					
Bewerten Sie Ihre Schwierigkeiten beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Treppen hinunter steigen					
Treppen hinauf steigen					
Aufstehen vom Sitzen					
Stehen					
Sich zum Boden bücken					
Gehen auf ebenem Boden					
Ein- oder Aussteigen ins oder aus dem Auto					
Einkaufen gehen					
Strümpfe an- oder ausziehen					
Vom Bett aufstehen					
Im Bett liegen					
In die Badewanne ein- oder aussteigen					
Sitzen					
Auf die Toilette setzen oder aufstehen					
Leichte Hausarbeit (z.B. kochen, Staub wischen)					
Schwere Hausarbeit (z.B. Möbel rücken)					

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

NACHUNTERSUCHUNG: 3 Monate nach Abschlussuntersuchung

Untersuchungstag

T	T	M	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---

UNTERSUCHUNG DER KNIEGELENKE

RECHTS

LINKS

Extension – Flexion

Aktiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°)

Neutral-Null-Methode

Passiv in Rückenlage (5-10° – 120-150°)

Neutral-Null-Methode

Kniegelenk Umfang in cm

Messung auf Höhe Mitte der Kniescheibe

Schmerzen bei **Extension**

₁ JA
₂ NEIN

₁ JA
₂ NEIN

Wenn ja, bei wieviel Grad

Schmerzen bei **Flexion**

₁ JA
₂ NEIN

₁ JA
₂ NEIN

Wenn ja, bei wieviel Grad

NEBENWIRKUNGEN

Unerwünschte Ereignisse

Wenn ja, Bericht über unerwünschte Ereignisse ausfüllen

₁ JA
₂ NEIN

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

BEWERTUNG DER THERAPIE (NACHUNTERSUCHUNG)

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der
Behandlung?

Einschätzung des Patienten

- ₀ SEHR ZUFRIEDEN
- ₁ ZUFRIEDEN
- ₂ WEDER ZUFRIEDEN NOCH UNZUFRIEDEN
- ₃ UNZUFRIEDEN
- ₄ SEHR UNZUFRIEDEN

Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen beim Bewegen des betroffenen Kniegelenks, z.B. beim Aufstehen, Losgehen (im Durchschnitt der letzten 4 Wochen).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren Sie die entsprechende Zahl
für Ihre Schmerzintensität.



0 = kein Schmerz / schlimmster vorstellbarer Schmerz = 10

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

Bitte wählen Sie das für Sie zutreffende Feld aus.

Bewerten Sie Ihren Schmerz beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Gehen auf ebenem Boden					
Treppensteigen					
Schlafen nachts					
Sitzen oder Liegen					
Stehen					
Bewerten Sie Ihre Steifigkeit am...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Morgen					
Abend					
Bewerten Sie Ihre Schwierigkeiten beim...	KEINE	GERING	MÄSSIG	STARK	SEHR STARK
Treppen hinunter steigen					
Treppen hinauf steigen					
Aufstehen vom Sitzen					
Stehen					
Sich zum Boden bücken					
Gehen auf ebenem Boden					
Ein- oder Aussteigen ins oder aus dem Auto					
Einkaufen gehen					
Strümpfe an- oder ausziehen					
Vom Bett aufstehen					
Im Bett liegen					
In die Badewanne ein- oder aussteigen					
Sitzen					
Auf die Toilette setzen oder aufstehen					
Leichte Hausarbeit (z.B. kochen, Staub wischen)					
Schwere Hausarbeit (z.B. Möbel rücken)					

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

MEDIKAMENTE (innerhalb der letzten 3 Monate)		
	JA	NEIN
Schmerzmittel / Entzündungshemmer		
Paracetamol		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja, wieviel mg / Tag:		
Metamizol (Novalgin®)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja, wieviel mg / Tag:		
NSARs (z.B. Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen, Indometacin, Piroxicam)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		
COX2-Hemmer (z.B. Rofecoxib, Celecoxib, Meloxicam)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		
Opiate (z.B. Codein, Oxycodon, Fentanyl, Tramadol, Buprenorphin, Pentazocin, Pethidin, Tilidin)		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

MEDIKAMENTE (innerhalb der letzten 3 Monate)		
	JA	NEIN
Schmerzmittel / Entzündungshemmer		
Corticosteroide (z.B. Hydrocortison, Prednisolon, Dexamethason)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		
Andere		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn ja, wie häufig:	täglich <input type="checkbox"/> ₁ 1-2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₃	3-4 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal monatlich <input type="checkbox"/> ₄
Wenn ja welches und wieviel mg / Tag:		

Dokumentationsbogen – Studie Kniearthrose – WirbelDoc

Teilnehmernummer:

--	--	--	--

UNERWÜNSCHTES EREIGNIS

jedes Ereignis einzeln dokumentieren, falls nötig Kopie dieser Seite anfertigen; für weitere Kommentare Rückseite nutzen

Beschreibung des Ereignisses												
Datum der Erstdokumentation	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Nach der wievielten Behandlung:	
T	T	M	M	M	J	J	J	J				
Datum des Beginns	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>			T	T	M	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J				
Datum des Endes	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	M	J	J	J	J	Oder <input type="checkbox"/> andauernd bei Studienende	
T	T	M	M	M	J	J	J	J				
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> ₁ einmalig <input type="checkbox"/> ₂ ständig <input type="checkbox"/> ₃ intermittierend											
Intensität	<input type="checkbox"/> ₁ mild <input type="checkbox"/> ₂ mittel <input type="checkbox"/> ₃ schwer											
Klassifizierung	<input type="checkbox"/> ₁ schwerwiegend <input type="checkbox"/> ₂ nicht schwerwiegend											
Falls schwerwiegend, definiere	<input type="checkbox"/> ₁ Tödlich <input type="checkbox"/> ₂ Lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> ₃ Dauerhafte Behinderung <input type="checkbox"/> ₄ Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> ₅ Anderes wichtiges medizinisches Ereignis											
Studienbehandlung	<input type="checkbox"/> ₁ weitergeführt <input type="checkbox"/> ₂ beendet											
Konsequenzen	<input type="checkbox"/> ₁ keine <input type="checkbox"/> ₂ medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> ₃ andere											
Ausgang	<input type="checkbox"/> ₁ geheilt <input type="checkbox"/> ₂ in Heilung <input type="checkbox"/> ₃ in Heilung mit Folgeschäden <input type="checkbox"/> ₄ andauernd <input type="checkbox"/> ₅ Tod <input type="checkbox"/> ₆ nicht bekannt											
Zusammenhang mit Studienbehandlung	<input type="checkbox"/> ₁ keine <input type="checkbox"/> ₂ unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> ₃ möglich <input type="checkbox"/> ₄ wahrscheinlich <input type="checkbox"/> ₅ sicher <input type="checkbox"/> ₆ nicht zu beurteilen											
Kommentar:												