

## Anlage 5

Pat. Nr.:

### Fragebogen

Bei Ihnen wurde **1998** das / die \_\_\_\_\_ behandelt.

Falls bei Ihnen mehrere Gelenke behandelt wurden, füllen Sie bitte den für das jeweilige Gelenk geltenden Fragebogen einzeln aus!

Falls bei Ihnen mehrere Finger- oder Zehngelenke (z.B. Fingergrund-, Fingermittel-, Fingerendgelenk) behandelt wurden, bewerten Sie bitte die **Finger** oder die **Zehen als Ganzes!**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Wie waren Ihre Beschwerden **vor** der Radiosynoviorthese im oben genannten Gelenk?

|                         | keine | gering | mäßig | stark | sehr stark |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------|------------|
| Schmerzen bei Ruhe      |       |        |       |       |            |
| Schmerzen bei Belastung |       |        |       |       |            |
| Gelenkschwellung        |       |        |       |       |            |
| Gelenksteife            |       |        |       |       |            |
| Bewegungseinschränkung  |       |        |       |       |            |

2. Wie waren Ihre Beschwerden **nach** der Radiosynoviorthese im oben genannten Gelenk?

|                         | keine | gering | mäßig | stark | sehr stark |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------|------------|
| Schmerzen bei Ruhe      |       |        |       |       |            |
| Schmerzen bei Belastung |       |        |       |       |            |
| Gelenkschwellung        |       |        |       |       |            |
| Gelenksteife            |       |        |       |       |            |
| Bewegungseinschränkung  |       |        |       |       |            |

## Anlage 5

3. Wie lange hielt die **Beschwerdelinderung** an?

Gar nicht                      \_\_\_\_\_ Tage                      \_\_\_\_\_ Wochen  
\_\_\_\_\_ Monate                      \_\_\_\_\_ Jahre                      bis jetzt

4. Nach welchem Zeitraum haben Sie den **Wirkungseintritt** der Radiosynoviorthese bemerkt?

Gar nicht                      Nach \_\_\_\_\_ Stunden                      Nach \_\_\_\_\_ Tagen  
Nach \_\_\_\_\_ Wochen                      Nach \_\_\_\_\_ Monaten

5. Bewerten Sie bitte die **Wirkung** der Radiosynoviorthese!

sehr gut                      gut                      zufriedenstellend                      keine

6. Wurde das mit der Radiosynoviorthese behandelte Gelenk **nach 1998** operiert?

Ja                      Nein

7. Benötigen Sie nach der Radiosynoviorthese wegen Schmerzen im betroffenen Gelenk **weniger** Schmerzmittel?

Ja                      Nein

8. Würden Sie **unter den gleichen Umständen wie 1998** eine Radiosynoviorthese wieder durchführen lassen?

Ja                      Nein