

# Knie – Untersuchungsbogen

**betroffen:**    **rechts**    **links**    **beidseitig**

**Anamnese:**

<b>m e m o r y</b>	Trauma (Mechanismus; Hämarthros?), giving-way, Blockierung, Anschwellneigung (Punktionen), Injektion, Vorbehandlung (OP's), Treppensteigen, Einlaufschmerz, Fieber, reaktive Arthritis (z.B. Lyme-disease, Ausland), andere Gelenke betroffen, Hüfterkrankungen Sport (Aktivitätsgrad):..... Schmerz: Dauer, tageszeitabhängig?, p.m.:..... ..... .....
--	---

**score:** (z.B.: IKDC, Lysholm, Cincinnati etc.):

**Stand, Gang:**

o.B.	path.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Beinachsen:</b>	<b>Varus:</b> re.: <input type="checkbox"/> li.: <input type="checkbox"/> Intercondylenabstand: .....cm	<b>Valgus:</b> re.: <input type="checkbox"/> li.: <input type="checkbox"/> Intermalleolenabstand: .....cm	<b>Recurvation:</b> re. / li.: .....°
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Beinkulisse:</b> (Aspekt)	<b>Atrophie:</b> (z.B. Tschaklin) re. / li.: ..... <b>Hautverfärbung:</b> re. / li.: ..... <b>Narben:</b> re. / li.: ..... <b>Varikosis, Perfusion</b> etc.: .....	<b>kneeing in:</b> re.: <input type="checkbox"/> li.: <input type="checkbox"/> <b>Ödeme:</b> re. / li. .... sonstiges: .....	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Gangbild:</b>	<b>hinkend:</b> re.: <input type="checkbox"/> li.: <input type="checkbox"/> .....	<b>Gehstützen</b> <input type="checkbox"/>	

**Rückenlage:**

**rechts**

**links**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Muskeldehnbarkeit:</b>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hüfte:</b> Antetorsions-syndrom Drehmann-Zeichen etc. Bewegungseinschränkung Tractus iliotibialis		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Bewegung:</b>	<b>Beugung / Streckung</b>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>aktiv:</b>	.....°/.....°/.....°	.....°/.....°/.....°
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>passiv:</b>	.....°/.....°/.....°	.....°/.....°/.....°
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Bewegungsstop</b>	normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Gelenkkonturen:</b>	Erguß <input type="checkbox"/> Kapselschwellung <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Temperatur ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> Bursaschwellung <input type="checkbox"/> : ..... Baker-Zyste <input type="checkbox"/> : ..... ggf. Umfang : .....cm .....	Erguß <input type="checkbox"/> Kapselschwellung <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Temperatur ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> Bursaschwellung <input type="checkbox"/> : ..... Baker-Zyste <input type="checkbox"/> : ..... ggf. Umfang : .....cm .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Druckschmerz:</b>	med.GS <input type="checkbox"/> lat.GS <input type="checkbox"/> dorsal <input type="checkbox"/> parapatellar: med. <input type="checkbox"/> lat. <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> apex <input type="checkbox"/> tub. tib. <input type="checkbox"/> Skipunkt <input type="checkbox"/> pes anserinus <input type="checkbox"/> distaler tractus <input type="checkbox"/> ..... .....	med.GS <input type="checkbox"/> lat.GS <input type="checkbox"/> dorsal <input type="checkbox"/> parapatellar: med. <input type="checkbox"/> lat. <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> apex <input type="checkbox"/> tub. tib. <input type="checkbox"/> Skipunkt <input type="checkbox"/> pes anserinus <input type="checkbox"/> distaler tractus <input type="checkbox"/> ..... .....

**BANDFÜHRUNG:**

		rechts				links				
		neg.	1+	2+	3+	neg.	1+	2+	3+	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>medial aufklappbar:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-in 20° Beugung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-in Kniestreckung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>lateral aufklappbar:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-in 20° Beugung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-bei Kniestreckung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Lachman-test:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-Anschlag:	fest <input type="checkbox"/> ohne / weich <input type="checkbox"/>				fest <input type="checkbox"/> ohne / weich <input type="checkbox"/>			
		-ggf. no-touch-test:	pos.: <input type="checkbox"/>				pos.: <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>vordere Schublade:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-Finochietto-Zeichen:	pos.: <input type="checkbox"/>				pos.: <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Pivot-shift-test:</b> z.B.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jakob, Slocum, Lemaire etc.	nicht durchführbar: <input type="checkbox"/>				nicht durchführbar: <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>gravity-sign:</b>	pos.: <input type="checkbox"/>				pos.: <input type="checkbox"/>			
		(spontane hintere schublade)								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>aktiver Quad.-test</b>	pos.: <input type="checkbox"/>				pos.: <input type="checkbox"/>			
		n. Daniel (90°)								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Godfrey-Test:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(modif. hintere Schublade)								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>“AR-Flexions-Test”</b>	pos.: <input type="checkbox"/> : Δ .....°				pos.: <input type="checkbox"/> : Δ .....°			
		n. Hughston, Jacobson								

**MENISKUS:**

		rechts	links
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hyperextensionschmerz</b>	medial: <input type="checkbox"/> lateral: <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hyperflexionschmerz</b>	medial: <input type="checkbox"/> lateral: <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Steinmann-I</b>	medial: <input type="checkbox"/> lateral: <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Payr-Zeichen</b>	pos.: <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	modif. McMurray	medial: <input type="checkbox"/> lateral: <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>sonstige:</b> .....	
		z.B. Apley, Childress	

**PATELLA:**

		rechts	links												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Patellastand</b>	alta <input type="checkbox"/> baja <input type="checkbox"/>												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Q-Winkel</b>	vergrößert: .....°												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mobilität</b>	<table border="0"> <tr> <td>seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/></td> <td>↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/></td> <td>seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/></td> <td>↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/></td> <td><b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/></td> <td>↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	<b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	<b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	seitl.: ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>	<b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/> ↓↓ <input type="checkbox"/>												
<b>tilt:</b> ↑ <input type="checkbox"/> ↑↑ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Crepitatio</b>	gering: <input type="checkbox"/> mäßig: <input type="checkbox"/> laut: <input type="checkbox"/>												
		ggf. mehrere Kniebeugen	<input type="checkbox"/>												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Kompressionsschmerz</b>	pos.: <input type="checkbox"/>												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>apprehensionstest</b>	pos.: <input type="checkbox"/>												

**DIAGNOSE:**

---

Datum:

untersuchender Arzt