

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Fallnummer: \_\_\_\_\_

OP-Seite: links/rechts, Datum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

**Zeitpunkt:**     präoperativ     postop. 3 Monate     postop. 1 Jahr     postop. 3 Jahre

**ANLEITUNG Hueftbogen:** Dieser Ankreuzbogen befragt Sie, welchen Eindruck Sie von Ihrer Hüfte haben. Die dadurch gewonnene Information wird uns helfen zu überwachen, wie es Ihnen mit Ihrer Hüfte geht und wie gut Sie in der Lage sind, Ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten.

Beantworten Sie bitte jede Frage durch ankreuzen des zugehörigen Kästchens. Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen. Wenn Sie sich unsicher sind, wie Sie die Frage beantworten sollen, wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am zutreffendsten erscheint.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Funktionsniveau bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei anspruchsvolleren Tätigkeiten. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Hüftgelenk innerhalb der letzten Woche erfahren haben. Welche Schwierigkeiten hatten Sie letzte Woche als Sie z.B.:

**1. Treppen hinuntersteigen?**

keine                      wenig                      einige                      große                      sehr große  
                                                                                       

**2. Einsteigen in die Badewanne / Aussteigen aus der Badewanne?**

keine                      wenig                      einige                      große                      sehr große  
                                                                                       

**3. Sitzen?**

keine                      wenig                      einige                      große                      sehr große  
                                                                                       

**4. Rennen?**

keine                      wenig                      einige                      große                      sehr große  
                                                                                       

**5. Drehen auf belastetem Bein?**

keine                      wenig                      einige                      große                      sehr große  
                                                                                       

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_