

## Orthopädische Anamnese

Eine Erhebung im Rahmen des Innovationsfondsprojekts  
„OrthoKids – Ergänzende orthopädische Vorsorgeuntersuchung für Kinder zur Vermeidung von  
dauerhaften Skelettdeformitäten“

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

**Vielen Dank, dass Sie uns in der OrthoKids-Studie unterstützen, indem Sie teilnehmende Kinder screenen.**

Die folgenden Fragen richten Sie bitte im Rahmen der Anamnese an das Elternteil bzw. den/die Erziehungsberechtigte/n und füllen diesen Bogen in chronologischer Weise vollständig aus.

**Das Ausfüllen des Anamnesebogens dauert etwa 10 Minuten. Bitte lassen Sie später den Bogen durch eine/n Angestellte/n Ihrer Praxis in die Screening-App übertragen.**

Die Daten werden durch das Klinikum Stuttgart verwaltet und durch die Uniklinik Köln ausgewertet.

Mit dem Ausfüllen des Anamnesebogens helfen Sie uns, mehr über die teilnehmenden Kinder zu erfahren und den Nutzen von OrthoKids besser beurteilen zu können.

Beste Grüße  
Ihr OrthoKids-Team

### Persönliche Angaben des Kindes

Bitte füllen Sie folgende **persönlichen Angaben** zum teilnehmenden Kind aus. Diese Angaben dienen lediglich der eindeutigen Zuordnung zum teilnehmenden Kind bei der Übertragung in die Screening-App.

Vorname:							
Name:							
Geburtsdatum des Kindes (Format: TTMMJJJJ)							

### Thema: Orthopädische Vorerkrankungen

<b>1</b>	Hat Ihr Kind orthopädische Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>4</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>4</b>
<b>2</b>	Welche orthopädischen Vorerkrankungen hat Ihr Kind (Körperregion)?	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

<b>3</b>	Welche orthopädischen Vorerkrankungen hat Ihr Kind (ICD-Code)?	_____
		<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>4</b>	Wurde bei Ihrem Kind im Säuglingsalter eine Hüftsonographie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>10 + Überprüfung der Indikation für eine Beckenübersichtsaufnahme</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>10</b>
<b>5</b>	Wie fiel der Befund der Hüftsonographie aus (ICD-Code)?	_____
		<input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>6</b>	Wurde bei Ihrem Kind zu einem späteren Zeitpunkt eine Verlaufskontrolle durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>11 + Bitte Empfehlung für eine Verlaufskontrolle zum Ausschluss einer Restdysplasie mittels Beckenübersichtsröntgen nach Abschluss der Pubertät aussprechen!</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>11</b>
<b>7</b>	Wissen Sie, wann die Verlaufskontrolle durchgeführt wurde?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu 9 <input type="checkbox"/> Ja
<b>8</b>	Zu welchem Zeitpunkt wurde die Verlaufskontrolle durchgeführt (TT.MM.JJJJ)?	_____
		<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>9</b>	Wie wurde die Verlaufskontrolle durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonografie <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>10</b>	Welchen Befund ergab die Verlaufskontrolle (ICD-Code)?	_____
		<input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

### Thema: Hilfsmittel

<b>11</b>	Verwendet Ihr Kind <b>aktuell</b> orthopädische Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>15</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>15</b>
<b>12</b>	Verwendet Ihr Kind orthopädische Einlagen und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>13</b>	Verwendet Ihr Kind Orthesen und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>14</b>	Verwendet Ihr Kind sonstige Hilfsmittel und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

<b>15</b>	Verwendete Ihr Kind <b>in der Vergangenheit</b> orthopädische Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>20</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>20</b>
<b>16</b>	Hatte Ihr Kind im Säuglingsalter eine Spreizhose?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>17</b>	Verwendete Ihr Kind früher orthopädische Einlagen und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>18</b>	Verwendete Ihr Kind früher Orthesen und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>19</b>	Verwendete Ihr Kind früher sonstige Hilfsmittel und, falls ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

### Thema: Andere Vorerkrankungen und Sonstiges

<b>20</b>	Hat Ihr Kind aktuell Beschwerden/ Einschränkungen/ Schmerzen an der Wirbelsäule, der Hüfte, den Kniegelenken oder den Füßen?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>22</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>22</b>
<b>21</b>	Wo hat Ihr Kind aktuell Beschwerden/ Einschränkungen/Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Füße
<b>22</b>	Hat Ihr Kind Vorerkrankungen, die eine regelmäßige ärztliche Betreuung notwendig machen?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>24</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>24</b>
<b>23</b>	Welche Vorerkrankungen hat Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Allergien Andere: _____
<b>24</b>	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>26</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>26</b>
<b>25</b>	Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/> Antiepileptika <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Asthma-Spray (z.B. Salbutamol)

		<input type="checkbox"/> Stimulantien (z.B. Ritalin) <input type="checkbox"/> Herzmedikamente (z.B. Beta-Blocker) <input type="checkbox"/> Antiallergika Anderes: _____
26	Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>29</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>29</b>
27	Wissen Sie, wann die letzte Tetanusimpfung erfolgte?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>29</b> <input type="checkbox"/> Ja
28	Wann erfolgte die letzte Tetanusimpfung (TT.MM.JJJJ)?	_____ <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
29	Treten bei Ihrem Kind unter maximaler körperlicher Anstrengung Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter zu <b>31</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt → weiter zu <b>31</b>
30	Welche Beschwerden treten bei Ihrem Kind auf?	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Atemnot <input type="checkbox"/> Brustschmerz <input type="checkbox"/> Ohnmacht <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen Andere: _____
31	Gibt es in Ihrer Familie Mitglieder ersten Grades, die vor ihrem 50. Geburtstag einen plötzlichen, unerwarteten und unerklärten Tod erlitten haben (auch plötzlicher Säuglingstod, Verkehrsunfall, Ertrinkungsunfall oder Beinahe-Ertrinken)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → <b>Empfehlung für eine pädiatrische Abklärung aussprechen</b> <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

### ICD Codes

Wirbelsäule	ICD-Code	Beschreibung
	M40.04	Kyphose, thorakal
	M40.05	Kyphose als Haltungsstörung thorakolumbal
	M40.06	Kyphose als Haltungsstörung lumbal
	M41.04	Idiopathische Skoliose beim Kind Thorakalbereich
	M41.05	Idiopathische Skoliose beim Kind Thorakolumbalbereich
	M41.06	Idiopathische Skoliose beim Kind Lumbalbereich
	M41.14	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen Thorakalbereich
	M41.15	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen Thorakolumbalbereich
	M41.16	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen Lumbalbereich
	M42.04	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule: Thorakalbereich
	M42.05	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich

	M42.06	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule: Lumbalbereich
<b>Hüfte</b>	<b>ICD-Code</b>	<b>Beschreibung</b>
	Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig
	Q65.1	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig
	Q65.2	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet
	Q65.3	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig
	Q65.4	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, beidseitig
	Q65.5	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet
	Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)
	Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte / Hüftdysplasie
	M93.0	Epiphyseolysis capitis femoris (nichttraumatisch)
<b>Beine</b>	<b>ICD-Code</b>	<b>Beschreibung</b>
	M21.15	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert Beckenregion und Oberschenkel
	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert Unterschenkel
	M21.05	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert Beckenregion und Oberschenkel
	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert Unterschenkel
<b>Füße</b>	<b>ICD-Code</b>	<b>Beschreibung</b>
	M20.1	Hallux valgus
	M21.07	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
	M21.17	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
	M21.19	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
	M21.60	Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]
	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]
	M21.62	Erworbener Spitzfuß [Pes equinus]; Exkl.: Hängefuß (erworben) (M21.37)
	M21.63	Erworbener Spreizfuß
	M21.68	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes
	M21.97	Erworbene Deformität einer Extremität, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
	M21.4	Plattfuß [Pes planus] (erworben); Exkl.: Pes planus congenitus (Q66.5)
<b>Sonstige</b>	<b>ICD-Code</b>	<b>Beschreibung</b>
	Q66.0	Klumpfuß
	M91.1	Juvenile Osteochondrose des Femurkopfes (Perthes-Legg-Calvé-Krankheit)
	S83.52	Kreuzbandverletzung
	M93.2	Osteochondrosis dissecans