

# BANFF Patellofemorales Instabilitäts-Instrument 2.0

Eine Lebensqualitätsbewertung für Patienten mit einer patellofemorale Instabilität

## Fragebogen A

Patient (Vorname/Nachname): \_\_\_\_\_

Tag des Arztbesuches (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Name des Operateurs:	Wegen welchem Knie erfolgt die heutige Vorstellung?	Der heutige Besuch ist Ihr:
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> linkes Knie <input type="checkbox"/> rechtes Knie <input type="checkbox"/> beide Knie	<input type="checkbox"/> Erster Besuch/ Untersuchung <input type="checkbox"/> Tag der Operation <input type="checkbox"/> 3 Monate postoperativ <input type="checkbox"/> 6 Monate postoperativ <input type="checkbox"/> 12 Monate postoperativ <input type="checkbox"/> 24 Monate postoperativ

### Anleitung:

Bitte beantworten Sie jede Frage in Bezug auf den aktuellen Status, die Funktion, sowie der Begleitumstände und Eindrücke rund um Ihr Knie bei dem eine Instabilität der Kniescheibe vorliegt. Der Beurteilungszeitraum sind die letzten 3 Monate.

Markieren Sie mit einem Schrägstrich (/) den Punkt auf der Linie zwischen 1 und 100, der am ehesten Ihrer Situation entspricht.

Beantworten Sie zum Beispiel die folgende Frage:

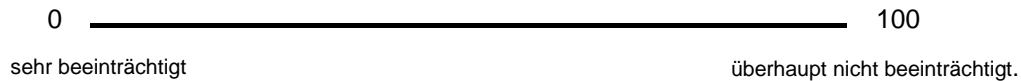
**Ist dies ein guter Fragebogen?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
nutzlos \_\_\_\_\_ hervorragend

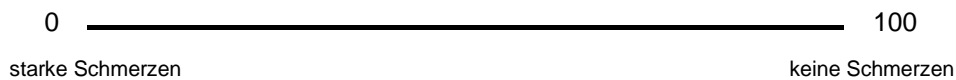
Wenn der Schrägstrich in der Mitte der Linie markiert ist, bedeutet dies, dass der Fragebogen von mittelmäßiger Qualität ist, oder anders ausgedrückt, zwischen den beiden Extremen „Nutzlos“ und „Hervorragend“. Es ist wichtig, dass Sie den Strich ganz an das Ende der Linie markieren, wenn diese extreme Beschreibung ihre aktuelle Situation am besten darstellt.

## Abschnitt A: Symptome und körperliche Beschwerden

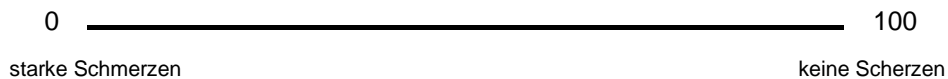
1. Wie stark sind Sie durch das „Herausspringen“ bzw. durch die Instabilität Ihrer Knie Scheibe beeinträchtigt?



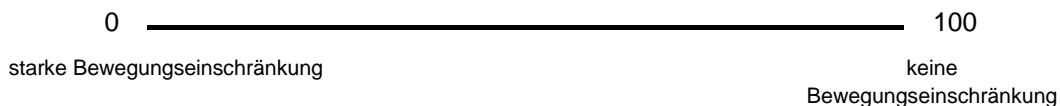
2. Wie viel Schmerzen oder Beschwerden haben Sie im Knie bei jeder länger andauernden Aktivität (länger als eine halbe Stunde)? Zum Beispiel: Stehen, Gehen, Sport usw.



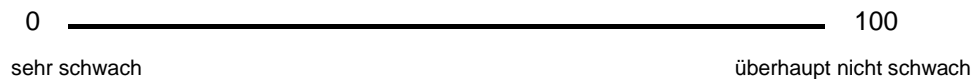
3. Wie viel Schmerzen oder Beschwerden haben Sie im Knie bei länger andauerndem Sitzen (länger als eine halbe Stunde)? Zum Beispiel: Kino, Autofahren usw.



4. Besteht an Ihrem Kniegelenk eine Bewegungseinschränkung?



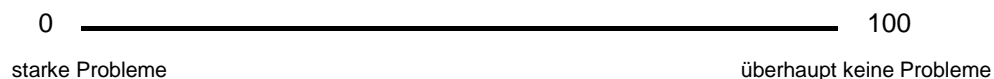
5. Wie schwach fühlt sich Ihr Knie an?



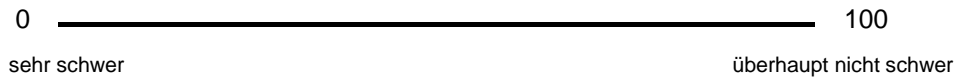
## Abschnitt B: Arbeits- und/oder Schulbezogene Probleme

*\*\*Wenn Sie, aufgrund Ihrer Kniebeschwerden zurzeit nicht berufstätig sind oder zur Schule gehen können, machen Sie Ihre Markierung am äußersten linken Rand.*

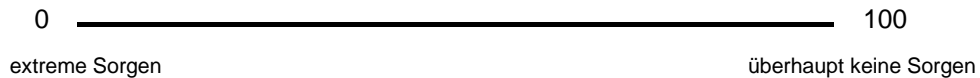
6. Wie schwer tun Sie sich bei Drehbewegungen mit Ihrem Knie bei der Arbeit und/oder in der Schule?



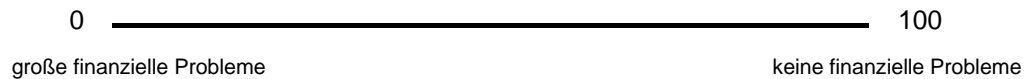
7. Wie schwer tun Sie sich beim in die Hocke gehen bei der Arbeit und/oder in der Schule?



8. Wie viel Sorgen bereitet es Ihnen dass Sie bei der Arbeit und/oder in der Schule aufgrund Ihres Knie-Problems fehlen?

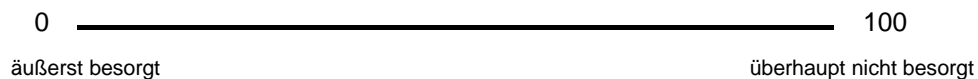


9. Hat Ihre Knieverletzung zu finanziellen Problemen für Sie oder für Ihre Familie geführt?



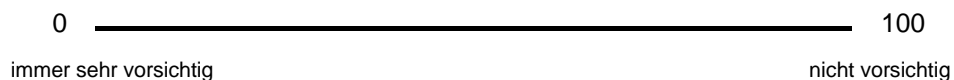
### Abschnitt C: Freizeit / Sport / Aktivität

10. Wie besorgt sind Sie, dass Ihre Freizeit- und/oder Sportaktivitäten Ihre Knieprobleme verschlimmern?



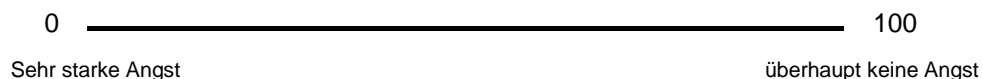
11. Müssen Sie bei der Teilnahme an Freizeit- und/oder Sportaktivitäten besonders vorsichtig sein?

(machen Sie Ihre Markierung am äußersten linken Rand, wenn Sie aufgrund Ihres Knies Ihre Freizeit- und oder Sportaktivitäten nicht mehr ausüben können)

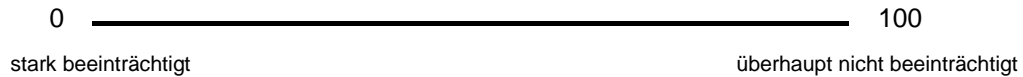


12. Wieviel Angst haben sie davor, dass ihre Kniescheibe während einer Freizeit und/oder Sportaktivität „herauspringt“?

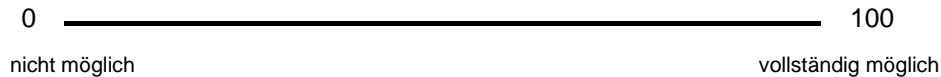
(machen Sie Ihre Markierung am äußersten linken Rand, wenn Sie aufgrund Ihres Knies Ihre Freizeit- und oder Sportaktivitäten nicht mehr ausüben können)



13. Wie stark fühlen Sie sich beeinträchtigt, wenn Sie auf unebenen Boden, feuchten Oberflächen oder auf Eis gehen?

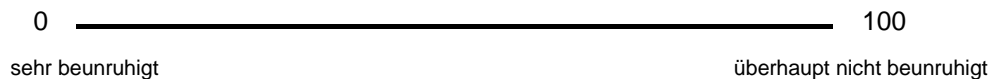


14. Können Sie bei Ihren Freizeit- und/oder Sportaktivitäten Ihre volle Leistung abrufen?  
(machen Sie Ihre Markierung am äußersten linken Rand wenn Sie aufgrund Ihres Knies ihre Freizeit- und oder Sportaktivitäten nicht mehr ausüben können)

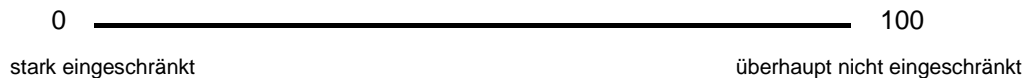


## Sektion D: Lebensführung

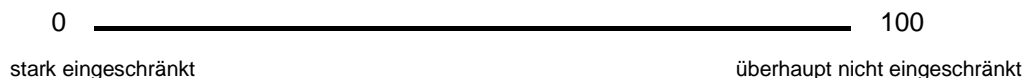
15. Wie beunruhigt sind Sie in Bezug auf die Sicherheit generell bei allgemeinen Alltagsaktivitäten? Zum Beispiel: Treppen steigen, Autofahren, Baby tragen, usw.



16. Wie stark wurde Ihre Fähigkeit Sport zu treiben und Ihre Fitness zu erhalten durch die Knieprobleme eingeschränkt?



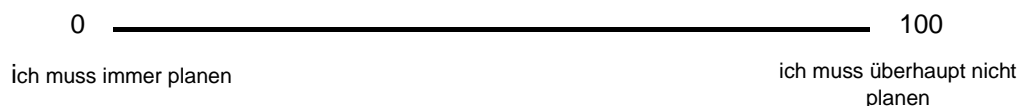
17. Wie stark wurde Ihre Lebensfreude durch die Knieprobleme eingeschränkt?



18. Vermeiden Sie aufgrund Ihrer Knieprobleme Freizeitaktivitäten mit Familie und Freunden?




19. Müssen Sie aufgrund Ihrer Knieprobleme Alltags- und gesellschaftliche Aktivitäten mehr durchplanen als Ihre Freunde / Ihre Familie?




## Sektion E: Soziales Leben und Gefühle/Emotionen

20. Sind sie enttäuscht, dass Sie sich Freizeit- oder Wettkampfbedürfnisse aufgrund Ihrer Knieprobleme nicht mehr erfüllen können?


(machen Sie Ihre Markierung am äußersten rechten Rand, wenn Ihre Bedürfnisse erfüllt werden. Machen Sie Ihre Markierung am äußersten linken Rand, wenn sie nicht erfüllt werden oder wenn Sie keine Wettkampfbedürfnisse haben.)

0  100  
sehr enttäuscht  überhaupt nicht enttäuscht


21. Hatten Sie jemals Schwierigkeiten emotional mit Ihrem Knieproblem zurecht zu kommen?

0  100  
starke Schwierigkeiten  überhaupt keine Schwierigkeiten

22. Wie häufig machen Sie sich Sorgen um Ihr Knie?

0  100  
sehr häufig  nie

23. Wie viel Angst haben Sie, dass Sie sich an Ihrem Knie erneut verletzen?

0  100  
sehr große Angst  überhaupt keine Angst

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.**